



Dr. Naue | Buchholz | Partner

Praxis für ZahnMedizin, Prophylaxe und Implantologie

Für Ihre Anmeldung in der Praxis erbitten wir folgende Angaben:

Patient:	Name	Vorname	Geburtsdatum
versichert durch:	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	Straße		Hausnummer
	PLZ	Ort	Telefon privat
E-Mail:	_____		
Krankenkasse:	_____		Beruf: _____
Arbeitgeber:	Name	Ort	Telefon

Bitte beantworten Sie uns noch folgende, Ihren Gesundheitszustand betreffende Fragen, damit wir auf etwaige Erkrankungen Rücksicht nehmen können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?

	ja	nein		ja	nein
Herz			Kreislauf		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruck zu hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruck zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerinnungshem. Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel			Nervensystem		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zittern (z.B. Parkinson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bluterkrankungen			Allergien		
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sonstige Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			wenn ja, welche:		
Infektionskrankheiten			Allgemeines		
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplikationen bei Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenkassenbonus erfüllt seit:		
Mundraum					
Beobachten Sie Zahnfleischbluten?	Nie <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	immer <input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit der Funktion Ihrer/s Zähne/Ersatzes zufrieden?	Sehr <input type="checkbox"/>	„geht so“ <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	Sehr <input type="checkbox"/>	„geht so“ <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Sind Sie an Zahnpflege/Prophylaxe interessiert?	Sehr <input type="checkbox"/>	kenne ich noch nicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Sonstiges: _____