



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine verantwortungsvolle zahnärztliche Behandlung berücksichtigt auch Ihren allgemeinmedizinischen Zustand. Daher bitte ich Sie, diesen Gesundheitsbogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches.

Herr / Frau Name: _____ Vorname: _____

Geb-Name: _____ Geb-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift PLZ, Ort: _____ Straße, Nr.: _____

Tel. privat: _____ Tel. berufl.: _____ Tel. mobil: _____

Hausärztin/Hausarzt: _____

Wie sind Sie versichert? gesetzlich privat Beihilfe

Ich komme auf Empfehlung von _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

	Ja	Nein
Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten (wenn ja, welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star / erhöhter Augeninnendruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaufferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschritmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis / Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV / AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____		

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches? _____

Haben Sie z.Z. Zahnschmerzen?

Neigen Sie zu Zahnfleischblutungen?

Sind Ihre Zähne gelockert?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?

Bitte beachten Sie, dass Medikamente oder eine örtliche Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit und somit Ihre Fahrtüchtigkeit für mehrere Stunden beeinträchtigen können.

Wünschen Sie eine regelmäßige schriftliche oder telefonische Erinnerung zur Routineuntersuchung?

Wünschen Sie eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung zur aktiven Vorbeugung vor Karies und Parodontitis?

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und werde jede Veränderung vor einer weiteren Behandlung mitteilen.

Hamburg, den _____ Datum Unterschrift Patient(-in) / Erziehungsberechtigte(-r)

Sollte ich einen vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, werde ich diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen. Mir ist bekannt, dass bei kurzfristigeren Absagen oder Nichteinhaltung ein Ausfallhonorar berechnet werden kann.

Hamburg, den _____ Datum Unterschrift Patient(-in) / Erziehungsberechtigte(-r)