

Patient

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Tel.-Nr.	Handy-Nr.
Mailadresse	Krankenkasse

Bei Familienversicherung

Name/Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____	

Vorab haben wir noch einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand: (Bitte Zutreffends ankreuzen)

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	ja	nein	Blutdruck	niedrig	normal	hoch
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja	nein	Herzschrittmacher		ja	nein
Falls ja, welche: _____			Schlaganfall (Hirnfarkt)		ja	nein
_____			Magen-Darm-Erkrankungen		ja	nein
_____			Diabetes (Zuckerkrankheit)		ja	nein
Hausarzt (Name/Adresse) _____			Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV/Aids, Lues)		ja	nein
_____			Epilepsie		ja	nein
Allergien	ja	nein	Grüner Star (Glaukom)		ja	nein
Falls ja, welche: _____			Schilddrüsenüberfunktion		ja	nein
Allergiepass vorhanden	ja	nein	Rheuma		ja	nein
Treten nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? (Bluterkrankungen, z.B. Gerinnungsstörung)	ja	nein	Drogen-/Alkoholabhängig		ja	nein
Asthma	ja	nein	frisch operiert		ja	nein
Herzkrankung (Infarkt, Klappenersatz, Angina pectoralis, Endokarditis)	ja	nein	Schwangerschaft/Woche: _____		ja	nein
			Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?		ja	nein
			Falls ja, welche: _____			

Hiermit willige Ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht zur Weiterleitung meiner Daten an die Krankenkasse, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Dentallabor, weiterbehandelnde Kollegen sowie weitere Partner der Zahnarztpraxis Dr. Martin Kaune & Kollegen entbunden wird. Ebenso willige ich ein, dass die Praxis meine Daten verarbeiten und mich telefonisch/per Mail kontaktieren darf. Gegen Absprache dürfen Mundaufnahmen gemacht werden.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------