

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____ Tel. gesch.: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____ Arbeitgeber: _____

Zahnzusatzversicherung

Beihilfe

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Mundes/ Ihrer Zähne? Ja Nein

	Sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	egal
Ihnen ist langfristige Stabilität und Sorgenfreiheit Ihrer Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihnen ist das Aussehen Ihrer Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja _____	
Rauchen Sie?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wir bitten Sie folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit gewissenhaft zu beantworten.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja weche und wofür? Ja Nein

Hatten Sie jemals:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten? Ja Nein
- Herz- Kreislaufstörungen? Ja Nein
- Epilepsie? Ja Nein
- Zucker? Diabetes? Ja Nein
- Hepatitis, Gelbsucht? Ja Nein
- Asthma, Rheuma? Ja Nein
- Herz- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
- Allergien: _____ Ja Nein
- Eine andere ernsthafte Erkrankung? _____ Ja Nein
- Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Nehmen Sie Bisphosphate ein? Ja Nein

Zahnmedizinische Probleme: _____ Ja Nein

Möchten Sie von uns zur Vorsorgeuntersuchung angeschrieben werden? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Empfohlen durch, Zeitung, Telefonbuch, Internet, Sonstiges?)

Datum, Unterschrift: _____