

Sehr verehrter Patient. Um Sie ausreichend und umfassend behandeln zu können, möchten wir Sie bitten uns nachfolgende Fragen zu beantworten.

Patientenname: _____	Vorname: _____
geboren am.: _____	
Telefon privat: _____	Telefon gesch.: _____
Mitgliedsname: _____	Vorname: _____
geboren am : _____	
Anschrift: _____	
Krankenkasse: _____ plichtversichert ____ freiwillig versichert ____	
Beruf: _____	Arbeitgeber: _____

Leiden Sie an:	ja	nein	welche
Herz/ Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie an einer Information zur schmerz- und blutungsarmen Laserbehandlung interessiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Interesse an einer Prophylaxeberatung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für Frauen: Sind Sie Schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt _____ 19 _____			
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz _____ Jahre			
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt _____ 19 _____			

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Vielen Dank für Ihre Angaben

\_\_\_\_\_ Datum/ Unterschrift