

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> selbst versichert / versichert mit <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter		
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Arbeitgeber	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hausarzt	überwiesen von	empfohlen von /aufmerksam geworden durch
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an

Herz oder Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Lunge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Blut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leber	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nieren	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gelenken (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Haben oder hatten Sie je

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Grünen Star	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schon mal beim Zahnarzt „umgefallen“?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (an Zähnen, Nebenhöhlen, Hals, Nase oder Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt?/In welchem Krankenhaus?

Nein Ja

Sind Sie schwanger? In welcher Woche?

Nein Ja

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wo?

Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein Ja / Wenn ja, welche?

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Nein Ja / Wenn ja, weshalb?

Haben/Hatten Sie je Allergien?

Nein Ja / Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Nein Ja / Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Nein Ja

Patientennummer

Mitglied

Name

Vorname

geb.

Behandelnder Zahnarzt

Name

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Datum