

<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Name	Vorname			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Straße	Hausnummer			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PLZ	Wohnort			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Geburtsdatum	Geburtsort			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Beruf	Arbeitgeber			
<input type="text"/>				
Geschäftsanschrift				
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> privatversichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> zusatzversichert
Name der Krankenversicherung				
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen bzw. des Hauptversicherten			Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mobil	Telefon privat	Telefon geschäftlich		
<input type="text"/>				
E-Mail				

Wer war so freundlich, Sie auf uns aufmerksam zu machen?

1. Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Check-up | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnsfleischproblematik | <input type="checkbox"/> Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung | <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung | <input type="checkbox"/> Beratung |

Sonstiges

2. Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in Behandlung?

- Ja Nein

Bei wem?

Bestehen aktuelle Röntgenbilder (nicht älter als 6 Monate)?

- Ja Nein

3. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder bestanden in den vergangenen 10 Jahren für Sie bestimmte gesundheitliche Risiken?

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | | |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

-
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer |
|---|---|

5. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Früher | <input type="checkbox"/> Zigaretten pro Tag |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|

6. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, in welcher Woche? | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|

Ich möchte gern regelmäßig erinnert werden an:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Check-up | <input type="checkbox"/> Prophylaxe und Recall (Implantate/Endodontie/Parodontitis) |
|-----------------------------------|---|

Die Erinnerung wünsche ich per E-Mail Brief Telefonanruf SMS

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE ANGABEN!

Im Rahmen der Erstuntersuchung wird grundsätzlich ein einleitendes Gespräch und anschließend eine eingehende Diagnostik durchgeführt. Aus den Eingangsdiagnosen ergibt sich ein auf Sie individuell abgestimmtes Therapieziel, woraus die Behandlungsplanung resultiert.

Sollten im Rahmen der Behandlung Mehrkosten entstehen, die privat zu tragen sind, erhalten Sie vor Behandlungsbeginn einen schriftlichen Kalkulationsplan.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum / Unterschrift