

# Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. H. von Schwertführer

## 1. Ihre persönlichen Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Handy Nr.: \_\_\_\_\_ automatische Terminerinnerung per SMS ? 0

Email: \_\_\_\_\_ wünschen Sie Ihre Rechnung per Email ? 0

## 2. Fragen zu Ihrer Gesundheit:

0 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wer ist Ihr Hausarzt ? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? \_\_\_\_\_

0 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

0 Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt ?

0 Waren Sie die letzten 5 oder 10 Jahre regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung ?

### Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen

1. Allergie	Ja 0	Nein 0
wenn ja welche: _____		
2. Atemwegserkrankung	Ja 0	Nein 0
3. Blutgerinnungsstörungen	Ja 0	Nein 0
4. Diabetes	Ja 0	Nein 0
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja 0	Nein 0
6. Schilddrüsenerkrankung	Ja 0	Nein 0
7. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja 0	Nein 0
8. Infektionskrankheiten	Ja 0	Nein 0
9. Lebererkrankung	Ja 0	Nein 0
10. Magen-Darm-Erkrankung	Ja 0	Nein 0
11. Nierenerkrankung	Ja 0	Nein 0
12. Kopfschmerzen	Ja 0	Nein 0

### Für weibliche Patienten:

Sind Sie schwanger? Ja 0 Nein 0

## 3. Wünschen Sie einen Erinnerungsservice für Ihre nächsten Untersuchungs- oder Behandlungstermin (Recall):

Ja 0 Nein 0 wenn ja: per Telefon 0 per Email 0 per SMS 0

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_