



HERZLICH WILLKOMMEN, LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT.

Wir möchten Sie nun bitten, einige, wichtige Angaben zu machen.

Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert. So können wir Zeit einsparen, die wir dann Ihnen wieder zugute kommen lassen.

Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir - das ganze Praxisteam - gebunden sind.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen gerne bei Fragen zu Verfügung.

Vorname / Name _____

Geburtstag _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Grund des Besuchs _____

überweisender Arzt / Zahnarzt /
Heilpraktiker _____

Daten des Hauptversicherten

Vorname / Name _____

Geburtstag _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Wünschen Sie eine Erinnerung
zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung? nein ja, per Post E-Mail SMS

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können ist es wichtig, dass Sie auch die folgende Fragen auf der Rückseite gewissenhaft beantworten.



Dr. Rainer Müller

Biologische Zahnheilkunde

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Herzklappe _____ nein ja

Lunge (Asthma) _____ nein ja

Leber _____ nein ja

Nieren _____ nein ja

Schilddrüse _____ nein ja

Magen-Darm-Trakt _____ nein ja

Gelenken (Rheuma) _____ nein ja

Haben oder hatten Sie jemals...

hohen oder niedrigen Blutdruck _____ nein ja

hohen Blutzucker (Diabetes) _____ nein ja

Epilepsie _____ nein ja

Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) _____ nein ja

einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall _____ nein ja

Grünen Star _____ nein ja

eine Störung der Blutgerinnung _____ nein ja

Tuberkulose _____ nein ja

HIV-Infektion _____ nein ja

eine Operation am Herzen _____ nein ja
(z.B. Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe)

Besteht eine Schwangerschaft? _____ nein ja, Woche: _____

Rauchen Sie? _____ nein ja, am Tag etwa (Stück): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____ nein ja, welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____ nein ja, welche: _____
(z.B. gegen Medikamente oder Materialien)?

Sonstige Krankheiten oder wichtige Angaben _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Vielen Dank!