

Herzlich Willkommen in der Praxis Blümel & Kollegen. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und sind bemüht auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Hierzu bitten wir Sie, um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Gesundheitsstatus. Selbstverständlich werden von uns alle Daten vertraulich behandelt.

PATIENT:	Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
VERSICHERTER:	Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
ANSCHRIFT:	Straße	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
	Tel. pr.	<input type="text"/>	Tel. geschäftl.	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
EMAIL:	<input type="text"/>					
KRANKENKASSE:	<input type="text"/>		BEIHILFE:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
			PRIVATE ZUSATZ VERS.:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten ?

Asthma ..... ja  nein

allergische Reaktionen ..... ja  nein

Unverträglichkeit von Medikamenten, ..... ja  nein   
 Spritzen ? ggf. welche .....

Blutdruck ..... niedrig  normal  hoch   
 ggf. Werte/Medikamente .....

Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen  nein

Herzschrittmacher ..... ja  nein

Gelbsucht  Leberkrankh.  Hepatitis  nein

HIV positiv ..... ja  nein

Tuberkulose ..... ja  nein

Zuckerkrankheit Typ  ..... ja  nein

Rheuma ..... ja  nein

Bluterkrankungen ..... ja  nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ? ..... ja  nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ? ..... ja  nein   
 Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Betäubungsmitteln 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung ? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ja  nein   
 ggf. welche .....

Besteht eine Schwangerschaft ..... ja  nein   
 ggf. wievielte Woche ? .....

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden ? ja  nein

Sonstige Angaben / Krankheiten .....

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren  
 Empfehlung  Branchenbuch  Internet   
 Praxisschild  sonstiges .....

Datum: ..... Unterschrift .....