



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.

PATIENTEN INFORMATION

Name (Patient)	Vorname	geb.	
Name (Versicherter)	Vorname	geb.	
Straße	PLZ	Ort	
Tel. privat	Tel.	Beruf	
e-Mail:	Beihilfe	Ja	Nein
Krankenkasse:	priv. Zusatzversicherung	Ja	Nein

Asthma	Ja	Nein	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	Ja	Nein	
allergische Reaktionen	Ja	Nein	Legen Sie Wert auf eine Behandlung			
Unverträglichkeiten von Medikamenten, Spritzen (ggf. welche)	Ja	Nein	unter örtlicher Betäubung? (Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Betäubungsmittel 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann).	Ja	Nein	
Blutdruck (ggf. Werte/Medikamente)	Ja	Nein	Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?			
Herzinfarkt	Schlaganfall	Lähmungen	Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (ggf. welche)	Ja	Nein
Herzschrittmacher			Ja	Besteht eine Schwangerschaft? (ggf. wievielte Woche)	Ja	Nein
Gelbsucht	Leberkrankh.	Hepatitis	Nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	Ja	Nein
HIV positiv			Ja	Sonstige Angaben/Krankheiten		
Tuberkulose			Ja			
Zuckerkrankheit Typ			Ja			
Rheuma			Ja			
Bluterkrankungen			Ja			
			Wie habe Sie von unserer Praxis erfahren?			
			Empfehlung	Branchenbuch	Internet	
			Praxisschild	Sonstiges		

Datum:

Unterschrift: