

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
des/der Versicherten des/der Versicherten des/der Versicherten

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_ versichert bei \_\_\_\_\_

Helfen Sie uns, Ihnen zu helfen. Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen, damit wir Ihre persönlichen Wünsche und medizinischen Bedürfnisse bei Ihrer Behandlung berücksichtigen können. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Diabetes  | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Asthma/COPD   | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)                                  | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?                                      | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Nehmen Sie Blutverdünner ein? (z.B. ASS/Marcumar)                                 | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Epilepsien  | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Osteoporose   | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Raucher   | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Herzpass  | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung? Wenn ja welche? _____   |   |
| <input type="radio"/> Blutdruck zu hoch/zu niedrig _____  |   |
| <input type="radio"/> Allergien? Wenn ja, wogegen? _____  |   |
| <input type="radio"/> Sonstiges/Medikamente _____   |   |
| <input type="radio"/> Wünschen Sie, von uns eine Terminerinnerung per SMS?                              | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Dürfen wir aus Sicherheitsgründen ein Foto von Ihnen in unserer Kartei speichern? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Möchten Sie halbjährlich über einen Kontrolltermin informiert werden?             | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Sind Sie mit Ihrer Zahnform und Zahnfarbe zufrieden?                              | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |

**Zahnezusatzversicherung?**  Nein  Ja

### Wünschen Sie zu einem der folgenden Themen eine ausführliche Beratung?

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Implantate
- hochwertige Füllungsalternativen
- Zahnersatz / vollkeramische Restaurationen

Bitte beachten:  
 Termine die — ohne vorherige  
 Absage — nicht eingehalten  
 werden, können Ihnen in  
 Rechnung gestellt werden!

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Anzeigen  Außenwerbung  U-Bahn-Werbung  Internet  Empfehlung

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_