



## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie „HERZLICH WILLKOMMEN“ in der Zahnarztpraxis Peter Rothenaicher in Plattling und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

### Patient/in

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

### Anschrift

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße/Hausnr.	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil
<input type="text"/>		
E-Mail		

### Mitglied/Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

### Name der Krankenkasse oder Versicherung

<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	Sonstiges: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

### Beruf des Mitglieds

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

### Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)   | <input type="checkbox"/> Osteoporose               | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt             | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher       | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS)        |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> TBC                         |

### Blutdruck

<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch	ggf. Wert <input type="text"/>
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

### Sonstige Angaben / andere Krankheiten

### Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. welche? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

### Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

### Besteht eine Schwangerschaft?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ungewiss	ggf. welche Woche? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---

### Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wir bitten Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens einen Arbeitstag vorher mit, da die Praxis evtl. stillsteht, wenn Sie nicht zu Ihrem Termin erscheinen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift