



Name: _____ Vorname: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____ Beruf: _____
Geb.Datum: _____ Arbeitgeber: _____
Tel. privat: _____ Email: _____
Tel. gesch.: _____ Krankenkasse: _____

- gesetzlich versichert privat versichert
- Ich habe den **Sonderstatus „freiwillig versichert“** in der gesetzlichen KK
- Ich habe den **Sonderstatus „PKV-Standardtarif“** in der privaten Versicherung
- Ich bin beihilfeberechtigt Ich besitze eine Zusatzversicherung

- Ich komme zur Kontrolle
 Ich komme mit Beschwerden
 Ich habe ein Besonderes Anliegen:

- Ich bin ein Angstpatient
- Mein letzter Zahnarztbesuch? _____
- Ich war regelmäßig bei der Hauptuntersuchung?
 Ich nehme an einem Prophylaxeprogrammen teil?
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? pers. Empfehlung
 Gelbe Seiten Internet Military/ISS Presse Vortrag Sonstiges _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Haben oder hatten Sie Erkrankungen an folgenden Systemen:

- | | | | |
|----------------------|---|--------------------|---|
| Herz-/Blut-Kreislauf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheumatische Erkr. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| niederer Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mandeln | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Atemwege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blinddarm | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen/Darm | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Erkältungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Depressionen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Niere | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Bitte wenden



Ort Datum

Unterschrift