



Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.Datum: _____

Beruf: _____

Tel. privat: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. gesch.: _____

Email: _____

Tel. mobil: _____

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 Prophylaxeprogramm teil?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? pers. Empfehlung _____

Gelbe Seiten Internet Facebook Presse Military/ISS 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 

Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen
Allergiepaß? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Haben Sie Hepatitis? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein
Sind Sie CJK/vCJK positiv? ja nein
Sonstiges? _____
Nehmen Sie Medikamente?

Neigen Sie zu Folgendem?

Zahnfleischbluten ja nein
Zahnfleischrückgang ja nein
Zahnlockerungen ja nein
Zähneknirschen/pressen ja nein
Kiefergelenkbeschwerden
(Knacken/Reiben) ja nein
Migräne ja nein
Beschwerden an einer
Stelle der Wirbelsäule ja nein
Besitzen Sie eine
Knirscherschiene ja nein
Gefällt Ihnen der optische
Anblick Ihrer Zähne? ja nein

Sind Sie mit Ihrer
Zahnfarbe zufrieden? ja nein
Sind Sie mit Ihrer
Zahnstellung zufrieden? ja nein
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche Woche?
Wurden Sie operiert? ja nein
Wenn ja, wann und um welche OP
handelte es sich?



Ich möchte an Ihrem Wiederbestellservice teilnehmen per

Email SMS



Bitte richten Sie für mich meine individualisierte, personalisierte sowie
passwortgesicherte Seite auf **my.dr-strohkendl.de** ein.

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift