

**Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis
Dr. Tanja Trapper**

Bevor Sie uns Ihre zahnmedizinischen Wünsche mitteilen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: Vorname:..... geb:.....

Straße:..... Wohnort/PLZ:.....

Beruf: Arbeitgeber:.....

Telefon privat:..... Telefon beruflich:.....

Versicherung: Handy:.....

Versicherter: geb:.....

Email:.....

Adresse falls von oben abweichend:.....

Ihr Hausarzt: **Tel:**.....

Medizinische Befunderhebung – haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?
(bitte ankreuzen, wenn das Krankheitsbild vorliegt)

Herzerkrankung/Bluthochdruck/Kreislaufbeschwerden _____

Immunschwäche (HIV+) _____

Rheuma _____

Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis) _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) _____

Bluter _____

Asthma _____

Diabetes (Zucker) _____

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit _____

Wenn ja, welche: _____

Was wir sonst noch wissen sollten: _____

Vertragen Sie zahnärztliche Spritzen? Ja Nein

Wünschen Sie von uns an regelmäßige Kontrolluntersuchungen per Post erinnert zu werden
(Recall) Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------