

Herzlich willkommen!



ZAHNARZTPRAXIS
LINA KARNESI
Zahnärztin und Oralchirurgin
AM KAPPEDÄSCHLE BRUNNEN

**Wir bitten Sie, folgendes Formular sorgfältig auszufüllen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden absolut vertraulich behandelt.**

Name, Vorname (Patient) _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____

Telefon dienstlich _____

Handy _____

E-Mail _____

Arbeitgeber/Beruf _____

Krankenkasse _____

private Zusatzversicherung _____

Versicherter (bei Familienversicherung) _____

Geburtsdatum _____

Adresse, falls abweichend _____

Allgemeine Angaben

(Patientinnen) Schwangerschaft nein ja

Drogenkonsum nein ja

Alkoholabhängigkeit nein ja

Röntgenbild Kiefer in
den letzten 12 Monaten nein ja

Erkrankungen

Herz-/Kreislaufkrankung nein ja

HIV/AIDS nein ja

Herzklappenersatz nein ja

Tuberkulose nein ja

Herzschrittmacher nein ja

Diabetes nein ja

Herzinfarkt nein ja

Osteoporose nein ja

Bluthochdruck nein ja

Tumor nein ja

Blutgerinnungsstörung nein ja

Epilepsie nein ja

Hepatitis/Lebererkrankung nein ja

Organtransplantation nein ja

sonstige Erkrankungen nein ja

Allergie/Unverträglichkeit nein ja

Medikamente nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wie dürfen wir Sie an längere Termine erinnern?

Telefon

Handy

E-Mail

keine Erinnerung erwünscht

Was ist Ihnen bei der Behandlung oder im Allgemeinen sehr wichtig? Lassen Sie es uns es gerne wissen!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum _____

Unterschrift _____