



Leiden Sie an einer der folgenden Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

	Ja		Nein	
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Schmerzmittel	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Metalle	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Heuschnupfen	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Sonstige:				

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Welcher Arzt weiß am besten über Ihre Gesundheit Bescheid?

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- und Kieferbereich geröntgt?

Ja  Nein

Wenn ja, wo?

Praxisname

Adresse

Telefonnummer:

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung  Telefonbuch & Gelbe Seiten  Internet
- Andere:

Recall / Erinnerung:

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam mich per Post an meine Kontrolltermine erinnert

Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

.....  
Hinweis: Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir um telefonische Absage spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin.