

Sehr geehrte(r) Patient(in),

um unsere Behandlung auf Ihren Gesundheitszustand abzustimmen und um den gesetzlichen Bestimmungen zu genügen, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten. Selbstverständlich verpflichten wir uns zu **strengster Diskretion**. Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Wohnort	Land
Telefon (Privat)	Telefon (Geschäftlich/Mobil)	E-Mail
Beruf/Firma	Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)	

Name und Anschrift Ihres Zahnarztes

Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. in Blockschrift ausfüllen:

- Haben Sie ein akutes zahnärztliches Problem? Wenn ja, welches? _____
- Stehen Sie zur Zeit in sonstiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie interessiert an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen? (z.B. Störfelddiagnostik, Materialtestung, Amalgamausleitung, usw.)

Haben Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen gehabt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen, hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma | <input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenüberempfindlichkeit (z.B. Penicillin, Anästhetika) | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis), Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Bluten Wunden bei Ihnen länger als normal? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie HIV-positiv? | <input type="checkbox"/> Sind Sie Raucher/in? |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Für weibliche Patienten:

- Besteht eine Schwangerschaft? Wir bitten um sofortige Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Von wem wurden wir Ihnen empfohlen?

Ort / Datum

Unterschrift