

**Patient**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon
--------	--------------	-----	---------

Kontakt

Beruf	Telefon
-------	---------

Mail

E-mail Adresse

Krankenkasse

Kasse	Sind Sie privat versichert?	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitglied

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? behandelnder Arzt: _____	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie sonstige Herz-/Kreislaferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie Tranquilizer oder Beruhigungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sind Sie Zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Krampfanfällen (z.B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Sind Sie überempfindlich gegen Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sind Sie überempfindlich gegen zahnärztliche Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie sonstige Allergien? gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Haben oder hatten Sie Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie schwanger? welcher Monat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? welches Organ: _____	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, daß Ihre Fahrtüchtigkeit nach örtlicher Betäubung (Injektionen) beeinträchtigt sein kann!
Mit der Weitergabe meiner Daten an einen anderen Zahnarzt im Falle einer Praxisabgabe/-gemeinschaft bin ich einverstanden.

Für Privatversicherte:

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit dem 1,8- bis 2,3-, bei Begründung mit bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes berechnet. Ich verpflichte mich, unabhängig von Erstattungsansprüchen gegen die Krankenkasse, Versicherung oder Beihilfe, das Entgelt entsprechend der GOZ nach Rechnungsstellung an die Gemeinschaftspraxis Dres. Traxel-/Schminke zu entrichten.

Datum:**Unterschrift:**Nr.: