



**Patientenerklärung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Beruf : \_\_\_\_\_ Telefonnr: privat : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 mobil : \_\_\_\_\_  
 berufl.: \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?	Ja / Nein		
1. Allergien (welche?) .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
2. Herz- & Kreislauferkrankungen (welche?).....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
3. Diabetes (Typ?) .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
4. Erkrankungen der Atemwege (welche?).....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
5. Störungen der Blutgerinnung (auch medikamentös) .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
6. Rheumaerkrankung .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
7. Augenerkrankungen (welche?).....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
8. Anfallsleiden .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
9. sonstige Allgemeinerkrankungen (welche?).....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
10. Bisphosphonattherapie.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung ? (Name d. Hausarztes).....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Welche Medikamente nehmen Sie ?

Besteht eine Schwangerschaft ?(Monat) .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Rauchen Sie ? (seit wann, Wieviel pro Tag) .....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Sind Sie damit einverstanden, von uns an die jährliche Bonusuntersuchung erinnert zu werden ?.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Sind Sie an Prophylaxe / professionelle Zahnreinigung interessiert ?.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Haben Sie eine „Zahn“ Zusatzversicherung ?.....	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Ich bitte Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen, sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich.  
 Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Lichtenstein, den

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