

Infektionskrankheiten:	Hepatitis A,B, C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	HIV Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie sonstige Erkrankungen? _____

	JA	NEIN
Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	-----------------------

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Wurden Sie schon mal operiert (Narben)?

Leiden Sie an Kopfschmerzen/Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------------	-----------------------	-----------------------

Leiden Sie an Verspannungen im Gesichts-, Nacken-, Schulterbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Haben Sie Gelenkprobleme/Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Leiden Sie unter Tinnitus/Ohrgeräuschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Leiden Sie unter Sehstörungen, Augenflimmern, Schmerzen hinter den Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Leiden Sie unter Taubheitsgefühl/Kribbeln in den Armen o. Fingern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? *(welche Körperregion)* _____
 Letztes Röntgenbild der Zähne?

Besteht eine Schwangerschaft? Woche: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Besitzen Sie ein Bonusheft und besteht ein Bonus? _____%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Sind Sie an einem RECALL interessiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recall per _____ O SMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(möchten Sie halbjährlich an die Kontrolluntersuchung erinnert werden?)	O Brief / Postkarte	

Empfohlen durch? O Familie / Freunde O Jameda O Google O Andere

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes mit!

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift

Vielen Dank, Ihr Praxisteam

Stand 03/2016