

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. Datum _____

Anschrift: Straße _____ Ort _____ PLZ _____

Tel. priv. _____ Tel. gesch. _____ Handy/e-mail _____

Krankenkasse: _____ Privat: _____ Beihilfe: _____ Zusatzvers.: _____

Zahnarzt: _____ empfohlen durch: _____

Mutter des Patienten: _____ Vater des Patienten: _____
Nur bei Kindern und jugendlichen Patienten ausfüllen

Name, Vorname _____ geb. Datum _____ Name, Vorname _____ geb. Datum _____

Anschrift (falls abweichend) _____ Anschrift (falls abweichend) _____

Telefon / Handy _____ Telefon / Handy _____

Haupt Versicherter: Patient Mutter Vater

Allgemeine Anamnese (zutreffendes bitte ankreuzen)

Größe Vater: _____ cm, Größe Mutter: _____ cm (Nur bei Kindern und jugendlichen Patienten erforderlich)

Krankheiten (Patient/in)

Diabetes	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Bluter	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Herzerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Chron.Schnupfen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Angina	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ohrenentzündung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hepatitis	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	AIDS	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Rheuma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

andere Krankheiten/ Medikamenteneinnahme: _____

Allergien

Heuschnupfen Ja Nein | Asthma Ja Nein | Medikamentenallergie Ja Nein
wenn ja, welche: _____
andere Allergien: _____

Unfälle (mit Beteiligung von Kiefer, Gesicht, Zähnen)

Ja Nein wenn ja, welche: _____

Gewohnheiten

Hat der/die Patient(in) Daumen Gelutscht? Ja Nein | einen anderen Finger? Ja Nein | bis zum Alter von _____ Jahren
Andere (Schnuller, Bettzipfel etc.)? _____

Operationen

Mandeln Ja Nein | Polypen Ja Nein | andere? _____

Allgemeines

Ist oder war der/die Patient(in) in einer der folgenden Behandlungen?
kieferorthopädisch Ja Nein | logopädisch Ja Nein | homöopathisch Ja Nein

Bitte auf Rückseite unterschreiben →→→→→→→→

Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Bemerkungen

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8