

**Bitte ausgefüllt zu senden!** Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens und/oder der Zusendung Ihrer weiteren Unterlagen, gehen Sie keinerlei Verpflichtung ein, sich bei uns zahnmedizinisch behandeln zu lassen. Dieser Fragebogen dient uns dazu wichtige Informationen über Erkrankungen/Medikamente zu erhalten.



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. TV, Internet, Teletext, auf Empfehlung, Messe)?: \_\_\_\_\_

## Persönlicher Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung, Adresse oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung (falls vorhanden), Name, Adresse oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Ihre Kontaktdaten:

Festnetznummer: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_ e-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie auf eine Zuzahlung Ihrer Krankenversicherung angewiesen?  JA  NEIN

**Falls Sie eine Zuzahlung Ihrer Krankenkasse beantragen möchten, so stellen wir Ihnen gerne einen Auslands- Heil- & Kostenplan aus. Für diesen sind deutsche Zahnarztunterlagen (dt. Heil- und Kostenplan oder Röntgenbild – nicht älter als 6 Monate) Pflicht, ansonsten wird dieser Auslands- Heil- & Kostenplan ggf. von Ihrer Krankenkasse nicht akzeptiert.**

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten?  JA  NEIN  
(Herz, Kreislauf, ...)  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie Medikamente?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (Hepatitis, TBC, HIV, Aids, HPV)?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie Allergien gegen Materialien und/oder Medikamente?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Ihr Blutdruck ist:  normal  hoch  niedrig

6. Haben Sie Herzerkrankungen?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

7. Haben Sie Diabetes?  JA  NEIN

8. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?  JA  NEIN