



### Patient

Name

Telefon mobil/fest

Vorname

E-Mail

geb.

Beruf/Student

Straße/Hausnr.

Arbeitgeber

Plz/Ort

Tel. Arbeit

### Mitglied/Zahlungspflichtiger (falls abweichend)

Name

Telefon mobil/fest

Vorname

E-Mail

geb.

Beruf

Straße/Hausnr.

Tel. Arbeit

Plz/Ort

### Ich bin:

pflichtversichert

privat versichert

freiwillig versichert

Basistarif-Versicherter

beihilfeversichert

zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

### Hatten Sie, haben Sie folgende Krankheiten:

1.

Asthma

Creutzfeld-Jakob

Zuckerkrankheit/Diabetes

Tumor/Karzinom/Krebs

Rheuma

Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?

Osteoporose

Bestehen Allergien?

TBC

Wenn ja, welche?

HIV-Infektion

Haben Sie einen Allergie-Pass?

Bluterkrankungen

Herzinfarkt

Blutgerinnungsstörungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Krankenhauskeim MRSA

Nehmen Sie Marcumar

Leberkrankheiten

Schlaganfall

Hepatitis A/B/C

Lähmungen

Anfallsleiden (Epilepsie)

Bluthochdruck

Schilddrüsenerkrankungen

Nierendrüsenerkrankungen



zahnarztpraxis

Palmaille



2. Herzschrittmacher

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?   
Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?   
Wieviel?

5. Sind Sie schwanger?   
Wenn ja, wievielte Woche?

6. Möchten Sie an Ihre Vorsorge/ oder Prophylaxe-  
termine per Tel. oder E-Mail erinnert werden?

7. Haben Sie einen Röntgenpass?   
Letzte Röntgenuntersuchung/Computer-  
tomographie der Zähne,  
Datum:

8. Haben Sie ein Bonusheft?   
Wann war Ihre letzte  
professionelle  
Zahnreinigung?

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Datum/Unterschrift

# Gesunde & schöne Zähne ein Leben lang

Mit professioneller Zahnreinigung

Ihr Lächeln liegt uns am Herzen

Zahnarztpraxis  
Palmaille  
Alexander Balbach  
Palmaille 64  
22767 Hamburg  
Tel: 040/388847  
[www.zahnarzt-palmaille.de](http://www.zahnarzt-palmaille.de)