



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine, auf Sie persönlich abgestimmte, individuelle Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

Name, Vorname:

Geboren am:

Name und Anschrift des
Hausarztes:

Adresse:

Telefon / Handy:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine
der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Allergie, Medikamenten-unverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frühere Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gegen:					
Anfallsleiden? (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welcher Monat?		
Glaukom? (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämatologische Erkrankungen? (Erkrankungen des Blutes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche?		
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen:		
Herz, Herzklappen, Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wünschen Sie eine gezielte Beratung?		
Asthma / Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- über Karies-, Parodontitisvorsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	professionelle Zahnreinigung		
- Hepatitis/Lebererkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- über Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Immunmangel Syndrom (AIDS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- über Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dürfen wir fragen von wem?		
- Chron. Niereninsuffizienz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Dialyse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen? (Bestrahlung / Chemotherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nehmen Sie Bisphosphonate als Medikament dagegen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wir behalten uns generell vor, bei fest vereinbarten & nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, unsere Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.		

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!