

Patient		Versicherter	
Vorname/Name		Vorname/Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Straße		Straße	
Telefon priv.	Telefon gesch.	Telefon priv.	Telefon gesch.
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert	
Hausarzt/Name		Versichert	
		Telefon	

Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an:		
Herz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lunge (Asthma u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber (Gelbsucht u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Medikamente nehmen Sie?		

Weitere Angaben:	
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?	
Wie alt ist Ihr vorhandener Zahnersatz?	

Leiden Sie an:		
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma, Gicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Medikamente nehmen Sie?		

Sind Sie bei einem Arzt in Behandlung?	
Name/Anschrift	Telefon

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden.

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------