

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus.**

Wir benötigen alle Angaben, um eine umfassende Diagnose erstellen zu können. Wir behandeln dieses Daten entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und Datenschutzrichtlinien absolut vertraulich. Herzlichen Dank.

Übrigens: Ihr Zahnarzt informiert sich laufend neu – für Ihre Gesundheit! Er ist Mitglied im ...

BNZ

Bundesverband der
Naturheilkundlich tätigen
Zahnärzte in Deutschland e.V.

Patient*in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Ehegattin/Ehegatte Tochter/Sohn der/ des Versicherten

eMail-Adresse Patient*in/Versicherte*r

Versicherte/r

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl/Ort

Geburtsdatum

Telefon

Beruf

Arbeitgeber

Telefon

Krankenkasse

Ich komme wegen: Schmerz Kontrolle Überweisung Sonstiges: _____

Empfohlen/Überwiesen durch

Ich war in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung

Ich nehme regelmäßig Medikamente

Ich habe eine Überempfindlichkeit gegen folgende Medikamente:

Ich reagiere auf Spritzen

Ich hatte Gelbsucht

Ich bin zur Zeit Schwanger im Monat

Ich wurde zuletzt geröntgt vor Monaten

Es wurde geröntgt:

Ich habe Kopf-/Nackenschmerzen

Ich habe Magen-/Darmbeschwerden

Ich habe gelegentlich Probleme mit der Verdauung

Ich habe Herz-/Kreislaufkrankungen, Durchblutungsstörungen

Ich habe Nieren-/Blasenbeschwerden

Ich habe eine Blutkrankheit bzw. Blutungsneigung

Ich neige zur Ohnmacht

Ich habe Rheuma

Ich bin Zuckerkrank

Ich bin Schilddrüsenkrank

Ich bin infiziert: HIV weitere Infekte

Ich habe eine Unverträglichkeit gegen:

Ich habe einen Allergie-Pass über:

Wir bitten Sie dringend, uns von einem vorgesehenen Behandlungstermin, den Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Std. vorher in Kenntnis zu setzen. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage öder -änderung sind wir gezwungen eine Ausfallgebühr zu erheben.

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind:

Datum, Unterschrift des Patienten