



Das Praxisteam

Dr. med. dent. Dirk Gunst
In den Dörrwiesen 1
55296 Harxheim

Name des Patienten:
Vorname:
Straße:
PLZ & Ort:
Geburtsdatum:
Tel.: Fax.:

Name des Versicherten:
Vorname:
Straße:
PLZ & Ort:
Geburtsdatum:
Krankenversicherung:

Arbeitgeber:	Tel. Arbeit:
Beruf:	Hausarzt:

Bitte haben Sie Verständnis für nachfolgende Fragen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

		Ja	Nein
Herzerkrankung?	Herzfehler, Endokarditis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankung?	Hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetative Erkrankung?	Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung?	Zuckerkrankheit (Diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-, Darmerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebererkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung?	Epileptische Anfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung?	Blutungsneigung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankung?	Hepatitis, HIV, Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung?	Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien?	Heuschnupfen, Penicillin, Metalle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
Augenerkrankung?	Glaukom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

Möchten Sie an unserem Recall-Service teilnehmen? Ja Nein
Wir erinnern Sie an Ihre Kontrolluntersuchungen.

Harxheim, den _____

Unterschrift