DR. MED. DENT. ALEXANDER THOMA

Zahnarztpraxis
Laserzahnmedizin - Implantologie
Bürgermeister Strobl Straße 2 - 85459 Berglern - Tel. 08762/729012 - Fax. 08762/738778

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name: _____
Geb. am: _____
Anschrift: _____
_____
Tel. Nr: _____
Mobil Nr: _____
e-mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____

Versichertendaten
(falls Patient nicht selbst versichert - bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name: _____
Geb am: _____
Anschrift: _____

Versicherungsart:

O gesetzlich O privat O nicht versichert O Beihilfe O privat zusatzversichert

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Ja	Nein	
O	O	Herzerkrankung
O	O	Herzschrittmacher/ künstliche Herzklappen
O	O	hoher Blutdruck
O	O	niedriger Blutdruck
O	O	Ohnmachtsneigung
O	O	Marcumar/Gerinnungshemmer
O	O	Blutungsneigung/Bluterkrankung
O	O	Rheuma
O	O	Diabetes
O	O	Schilddrüsenerkrankung
O	O	HIV
O	O	Magen-/Darmerkrankung
O	O	Nierenerkrankung
O	O	Lungenerkrankung/Asthma
O	O	Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung
O	O	Epilepsie
O	O	Lebererkrankung A/B/C Hepatitis

Bitte wenden!