

**Dr. Evelyn Diensthuber
Zahnärztin**

Gesundheitsbogen

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Mitglied sind,
Vorname:	_____	wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Handy Nr.:	_____	Festnetz Nr.: _____
E-Mail:	_____	
Krankenkasse:	_____	Zusatzversicherung: _____
Beruf/Arbeitgeber:	_____	Tel. Arbeit: _____
Hausarzt:	_____	
Wer hat uns empfohlen?	_____	

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Herz-Kreislauf/ Blutdruck:	_____
Blutungsneigung:	_____
Diabetes:	_____
Magen-Darm:	_____
Schilddrüse:	_____
Allergien:	_____
Lunge:	_____
Hepatitis A B C:	_____
Niere:	_____
Krebs:	_____
Sonstige:	_____
Nahrungsergänzungsmittel:	_____
Welche Medikamente nehmen Sie?	_____

Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> JA / NEIN <input type="checkbox"/>	Woche: _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> JA / NEIN <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele / Tag? _____

Dürfen wir Fotos von Ihrem Mundbereich Ihren Zähnen anfertigen? JA / NEIN

Ich habe die Datenschutzrichtlinien gelesen und bin einverstanden (liegt im Wartezimmer) JA

Wollen Sie an die jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden? JA / NEIN

Datum, Unterschrift: _____