

**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: _____