

**Dr. Evelyn Diensthuber
Zahnärztin**

Gesundheitsbogen

Name: _____ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname: _____ mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____ Name: _____
Adresse: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____
Krankenkasse: _____
Kinderarzt: _____
Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Magen-Darmerkrankung: _____
Schilddrüsenerkrankung: _____
Anfallsleiden: _____
Allergien: _____
Lungenerkrankungen: _____
ADS / ADHS _____
Sonstige Erkrankungen: _____
Grund des Besuches: _____
Kieferorthopädische Behandlung?: _____
Medikamente: _____

Sind Sie mit der Fotodokumentation für medizinische Auswertungen einverstanden?

JA / NEIN

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? JA / NEIN

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

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

Datum, Unterschrift: _____