

Dr. Ernst Vöpel

Praxis für Zahnheilkunde



Vorname	Name	Geburtsdatum + Geburtsort (! wichtig)	
Straße	PLZ	Ort	
Versicherung	Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Beruf
Telefon tagsüber	Email Adresse	Mobilnummer	
versichert über	Name	Geburtsdatum	
Straße	PLZ	Ort	

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herz-Kreislaufkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappendefekt/-ersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Lebererkrankung/Hepatitis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Immunschwäche	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	HIV	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Immunerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Nervenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Endokarditis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Prostataerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Augenerkrankung (grüner Star)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumorerkrankung (Krebs)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Rheuma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Epilepsie/Krampfanfälle	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Depression	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
trockener Alkoholiker	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	drogenabhängig	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Allergien: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____
weibl.Pat. besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Ihr Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Zeitschrift Persönlich: _____

Wie möchten Sie an die notwendigen Termine erinnert werden? SMS E-Mail Telef. Brief

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar !

Remscheid, den

Unterschrift