

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße | PLZ Wohnort | E-Mail |
| Telefon/Mobil | Telefon geschäftlich | Beruf |
| <input type="radio"/> selbst versichert | <input type="radio"/> versichert mit | <input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter |

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

| | |
|------------------------------------|---|
| Krankenkasse | Arbeitgeber |
| Haben Sie eine Zusatzversicherung? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |

Haben/hatten Sie Erkrankungen an...

| | |
|---------------------|---|
| Herz oder Kreislauf | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Lunge | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Blut | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Leber | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nieren | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Gelenken (Rheuma) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Haben Sie...

| | |
|-------------------------------------|---|
| Hohen Blutdruck | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Zucker (Diabetes) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Fallsucht (Epilepsie) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| eine Behandlung mit Bisphosphonaten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

| | |
|---|---|
| Sind Sie schon mal beim Zahnarzt „umgefallen“ | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Neigen Sie zu Blutungen? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie HIV-positiv? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann?

Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?
 Ja Nein

Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
 Ja Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?
 Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?
 Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?
 Ja Nein

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?
 Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?
 Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?
 Ja Nein

| | |
|----------------------------|---|
| Haben/hatten Sie Covid-19? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ich bin | <input type="radio"/> vollständig geimpft <input type="radio"/> genesen |

Datum Unterschrift