

Zahnarztpraxis Moeser

Dr. Thomas Moeser

Dr. Peter Moeser

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer
Praxis. Um eine optimale und
risikofreie medizinische Betreuung zu
gewährleisten, benötigen wir einige
Informationen über Ihren
Gesundheitszustand.

Bitte helfen Sie uns, indem sie die
folgenden Fragen alle gewissenhaft
beantworten. Selbstverständlich
unterliegt alles was Sie uns mitteilen
der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Wohnort Geburtsort

Telefon Beruf

Krankenkasse / Versicherung

Hausarzt (Name / Anschrift)

Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Kreislauf.... Ja Nein

Lunge..... Ja Nein

Blut..... Ja Nein

Leber..... Ja Nein

Schilddrüse..... Ja Nein

Gelenken (Rheuma)... Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?
Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck..... Ja Nein

Zucker (Diabetes)..... Ja Nein

Epilepsie..... Ja Nein

Hepatitis, HIV..... Ja Nein

Krebserkrankung..... Ja Nein

Grünen Star..... Ja Nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann und wo?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

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

Datum Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte
teilen Sie uns Änderungen der
Angaben mit.