

Dr. med. Cornelia Purkert

Dr. med. Wolfgang Purkert



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen sie Vorder- und Rückseite des Bogens vollständig aus.

Persönliche Daten:

Name des Versicherten:..... Vorname des Versicherten:.....

Telefon:..... **Geburtsdatum:**.....

Adresse: **Zusatzversicherung:**.....

Krankenkasse/Privat versichert: **E-Mail:**

..... **Beruf:**

Angaben zu bestehenden Erkrankungen:

Besteht eine Herz- o. Kreislaufkrankung? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Besteht eine Blutgerinnungsstörung? ja nein

Besteht eine Lebererkrankung? ja nein

Besteht eine Infektionskrankheiten?
Hepatitis A/B
HIV

Leiden Sie an Bläschen im Mund, Aphthen / Herpes?

Besteht eine Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie an Blutzucker(Diabetes)? ja nein

Besteht eine Allergie? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Leiden Sie an Osteoporose? ja nein

Bestehen andere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche Medikamente / gegen was?

.....

.....

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontal
Behandlung (Zahnfleischbehandlung)
durchgeführt? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden und/
oder -Knacken? ja nein

Leiden Sie an Mundgeruch? ja nein

Pressen oder Knirschen Sie mit den
Zähnen? ja nein

Leiden Sie an regelm. Kopfschmerzen? ja nein

Sind Sie an einer professionellen
Zahnreinigung und individueller
Prophylaxe interessiert? ja nein

Haben sie Interesse an eine
Zahnaufhellung? ja nein

BITTE WENDEN