



Уважаемые пациенты, добро пожаловать в нашу клинику.
Для регистрации нам потребуются некоторые данные о Вашей персоне:

Пациент: _____
 Имя _____ Фамилия _____ Дата рож . _____

Член семьи: _____
 Имя _____ Фамилия _____ Дата рож . _____

Адрес: _____
 Улица _____ Город _____

Телефон: _____
 рабочий _____ домашний _____ мобильный _____

E-Mail: _____

Профессия: _____ Работодатель: _____

Мед. страховка: _____

законная добровольная частная
 дополнительная право на пособие

Имеете ли Вы бонусную книжку? да нет
 Вам нас посоветовали или перевели к нам?
 Если да, через кого : _____

Причина Вашего визита к зубному врачу: _____

Желаете ли Вы принять участие в нашей RECALL-ПРОГРАММЕ ? да нет

Желаете ли Вы получить информацию о нашей Профилактической-Программе? да нет

Для вашей предосторожности просим дать следующие данные:

Страдаете ли Вы:	да	нет
• Сердечно- / Сосудистые заболевания? (Herz-/Kreislaufkrankungen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Посещаете ли Вы Эндокардитическую- профилактику?(Endokarditispr.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Инфекционные заболевания(Гепатит, Туберкулёз, СПИД)?(Hepatitis, TBC, Nierenfkt.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Внутренние заболевания (Сахарный Диабет, Заболевания почек)?... (Diabetes, Nierenfunktionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Есть ли реакция на лекарства / Аллергия?(Arzneimittelüberempf. / Allergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Другие заболевания?(sonstige Krankheiten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если да, то какие: _____		
• Склонность к обмороку, шоку?(Ohnmachtsneigung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Кровотечение дёсен?(Zahnfleischbluten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Повышенная чувствительность зубов? (überempf. Zähne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Принимаете ли Вы в данное время лекарства?(einnehmende Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если да, то какие: _____		

Разжижающие кровь медикаменты? (Blutverdünnende Medikamente) _____

Вы беременны?(Schwangerschaft)

Datum (Число) _____

Unterschrift (Подпись) _____