

# Zahnarztpraxis E. Buczek

---

Elzbieta Buczek  
Bahnhofstraße 4  
58239 Schwerte

Tel: 02304/17 119  
Fax: 02304/3095446

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe: \_\_\_\_\_

Familienversichert über:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Mein Blutdruck ist: hoch \_\_\_ niedrig\_\_\_ normal\_\_\_

Ich leide an:

Blutgerinnungsstörungen \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_

Allergien (welche) \_\_\_\_\_

Epilepsie \_\_\_\_\_

Hepatitis \_\_\_\_\_

Tuberkulose \_\_\_\_\_

HIV \_\_\_\_\_

Ich bin schwanger \_\_\_\_\_

Sonstiges (OP, Angst vor der Behandlung etc.)

**Welche Medikamente** müssen Sie **regelmäßig** einnehmen?

---

Datum:

Unterschrift: