

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Fragen und Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie noch Fragen haben, so wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an das Praxisteam.

PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Handynummer

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt/-ärztin

MITGLIED

oder Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse

Wünschen Sie, wenn möglich, ein
anderes Füllmaterial als Amalgam?

ja nein

Falls ja, weisen wir darauf hin, dass ein Eigenanteil entsteht.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz | Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt ? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | Falls ja, mit welchem Ergebnis? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | Sind Sie Bluter (auch Markumar, Xarelto o.ä.)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leber (Gelbsucht) | Haben Sie Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Falls ja, wogegen? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie | Falls ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Keine Erkrankungen bekannt | | |

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Adressänderung oder Wechsel der Krankenkasse vor jeder Behandlung mit.

Die regelmäßige Kontrolle der Zähne ist wichtig und wenn man keine Zahnschmerzen hat, kann man das leicht einmal vergessen. Wir bieten Ihnen den Service, Sie an Ihren nächsten Vorsorgeuntersuchungstermin zu erinnern, wobei der Zeitabstand speziell auf Ihre individuelle Situation abgestimmt ist. Dieser Service ist für Sie unverbindlich. Sie können jederzeit davon zurücktreten.

Per Postkarte Per Anruf Keine Erinnerung

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir freuen uns auf Ihren ersten Besuch in unserer Praxis.

Datum, Ort

Unterschrift