

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Pat.Nr.: _____

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/> in <input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gesetzlich Versicherte: pflichtversichert freiwillig Zusatzversicherung
Privat Versicherte: Standard-Tarif Basis-Tarif Beihilfeberechtigt

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn die Leistung nicht von der Krankenkasse oder nur zum Teil übernommen werden? N J

Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden, insbesondere per Erinnerungssystem? N J

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

Post E-Mail Telefon (Mehrfachnennung möglich).

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.
(§ 615 Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko(BGB))

München, _____ Unterschrift _____

bitte wenden->

GESUNDHEITSFRAGEN

Herzschwäche N J
Herzklappenersatz N J
Herzfehler N J
Herzrythmusstörungen N J
Angina pectoris (Herzasthma) N J
Endokarditis Herzinfarkt Wenn ja, wann?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck N J
Zu niedriger Blutdruck N J
Blutungsneigung/Bluterkrankung N J
Nehmen Sie Blutgerinnungsmedikamente? N J
Wenn ja, welche? (Marcumar, ASS, Plavix) N J

PSYCHISCHEERKRANKUNGEN

Depressionen N J
Angstzustände N J
Weitere: _____ N J
Welche Medikamente nehmen Sie ein?

STOFFWECHSELERKRANKUNG

Diabetes N J
Magen-/Darmerkrankungen N J
Schilddrüsenerkrankungen N J
Nierenerkrankungen Lebererkrankungen N J
Osteoporose N J
Rheumatische Erkrankungen N J
Hatten Sie je eine andere ernsthafte Krankheiten? Wenn ja, was? N J

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? N J
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____ N J

ALLERGIEN

Asthma N J
Heuschnupfen N J
Penicillin N J
Latex N J
Milchsäure N J
Sonstige Medikamente: N J

Wenn ja, welche?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Anfallsleiden (Epilepsie) N J
Sonstige N J
Wenn ja, welche _____

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht N J
Hepatitis A oder B N J
Tuberkulose N J
HIV/Aids N J
Chronische Atemwegserkrankungen N J
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems? Wenn ja, welche? N J

Sind/waren Sie alkohol-/drogenabhängig? N J
Haben Sie künstliche Gelenke? Knie/Hüfte? N J
Haben Sie Platten oder Schrauben im Körper? N J
Wurden Sie in letzter Zeit operiert? N J
Wann und wo?

Haben oder hatten Sie eine Chemotherapie oder eine Bestrahlungstherapie? Wenn ja, wann? _____ N J

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie Schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____ N J

München, _____

Unterschrift X _____