

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung, da Krankheiten aller Arten Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben könnten. Bitte füllen Sie diesen Bogen deshalb sorgfältig aus, er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

Alle Angaben unterliegen natürlich der Ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.
Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Name Vorname Geburtsdatum /Geburtsort

Versicherter (bei Familienversicherten)

Adresse

E-Mail

Telefonnummer u.o. Handynummer

Haben Sie einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle, ect.)?

Haben Sie besondere Wünsche bzgl. Der Behandlung, Terminierung etc.

Ist ein halbjährlicher kostenloser telefonischer Recall erwünscht ?

ja

nein

Ärztliche Behandlung:

Waren Sie in den letzten 2 Jahre im Krankenhaus oder ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja wegen welcher Erkrankung ?

Haben Sie eine Pflegestufe :

ja

nein

Hausarzt/ Facharzt:

Name, Telefonnummer

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? z.B.Ass / Marcumar

ja nein

Wenn ja welche:

Allergien:

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen ?

ja nein

Wenn ja welche:

Bei bestimmten Materialien?

ja nein

Bei bestimmten Arzneimitteln?

ja nein

Bei bestimmten Nahrungsmitteln?

ja nein

Haben Sie eine Penicillinallergie?

ja nein

Haben Sie eine Jodallergie?

ja nein

Haben Sie eine Latexallergie?

ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Wird bei Ihnen eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt: ja

nein

Herzerkrankungen: Angeborener oder erworbener Herzfehler? ja nein
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? ja nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ja nein
Herzoperation? ja nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Herzinfarkt , Angina Pectoris? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja nein

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch - Beruhigungsmittel? ja nein

Stoffwechselerkrankung: Magen – Darmerkrankung? ja nein
Diabetes? Wenn ja HbA1c Wert _____ ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Erkrankung des Nervensystems: Epilepsie, Anfallsleiden ja nein
Krämpfe? ja nein
Nervenerkrankungen? ja nein
Schlaganfall? ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B) HIV ? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Asthma / Lungenentzündung? ja nein
Rheumatismus / rheumatisches Fieber? ja nein
Nieren - Lebererkrankung? ja nein

Bestehen sonstige Erkrankungen, wenn ja welche ? _____

Schwangerschaft: Wenn ja welcher Monat? _____

Konsumieren Sie Drogen oder Alkohol? ja nein

Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ja nein
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? ja nein
Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer & Gesichtsbereich? ja nein

Wann sind Sie das letzte mal geröntgt worden? _____

In welchem Körperbereich? _____

Für Kassenpatienten: Im Behandlungsfall brauchen wir Ihre Krankenversichertenkarte einmal im Quartal. Liegt diese uns nach Ende des behandelten Quartals nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Liebe Patienten, wir sind immer bemüht, Ihnen durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten zu ersparen. Falls Sie verhindert sind, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltenen Termine (auch Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung) in Rechnung zu stellen. In diesem Fall werden 50 € pro Stunde berechnet.

Vielen Dank für Ihrer Mithilfe ! Bitte teilen Sie uns obrige Änderungen sofort mit !

Datum: _____ Unterschrift: _____

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die Vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____