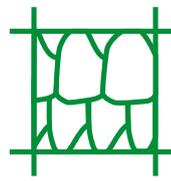


HERZLICH WILLKOMMEN !

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus: Wir benötigen Ihre Angaben, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Therapieverfahren optimal auswählen zu können. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.



Zahnarztpraxis
Werl-Westönnen

Nachname, Vorname (Patientin/Patient)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl

Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Name der Krankenkasse / Versicherung

pflichtversichert: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, mit wem sind Sie versichert? Bitte Vor- / Nachname, Geburtsdatum und Telefon angeben.

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND MÖGLICHT GENAU! (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Falls ja, welche?

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Schmerzmittel ja nein
Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein

Andere:

Sonstige Allergien/Unverträglichkeiten:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat.

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ja nein Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Über welche Leistung möchten Sie beraten werden?

Künstliche Zähne (Implantate)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ästhetische schöne Zähne (z. B. Bleaching, Zahnnumstellungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entstehung von Karies und Zahnfleischerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandlung mit Lachgas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandlung bei Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet / Google
 Telefonbuch
 Empfehlung durch: _____
 Sonstiges

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen an eine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall)?

Wenn ja, in welchen Abständen? 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Erinnerung per: Telefon E-Mail Postkarte

ICH BESTÄTIGE, VORSTEHENDE ANGABEN NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN GEMACHT ZU HABEN.

Datum

Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtiger