



Anja Völkel
 Bahnhofstraße 4
 91717 Wassertrüdingen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.



Patient

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

 Tel.Nr.: Handy:

Krankenkasse:

Beruf:

Name Ihres Hausarztes:

Versicherter

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:



1. Haben/hatten oder bemerkten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen Ja Nein

⇒ Wenn ja, welche:

.....

- Herzerkrankungen (Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzfehler) Ja Nein

⇒ Wenn ja, ist eine Antibiotikagabe vor der Zahnsteinentfernung nötig? Ja Nein

- Nehmen Sie Blutverdünnung ein? Ja Nein

⇒ Wenn ja, welche:

.....

- Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis A, B, C) Ja Nein

bitte wenden



- Blutdruckerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle (Epilepsie), Schlaganfall Ja Nein
- Haben Sie künstliche Gelenke? Ja Nein
 - ↳ Wenn ja, welche und seit wann:
- Rheuma Ja Nein
- HIV positiv Ja Nein
- Zahnfleischbluten / Zahnfleischentzündungen / Zahnfleischrückgang Ja Nein
- Geräusche am Kiefergelenk Ja Nein
- Zähneknirschen / Pressen Ja Nein
- Tumorerkrankung? Falls ja, welche? Ja Nein
 - ↳ Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
- Tuberkulose Ja Nein
- MRSA (Krankenhauskeim) Ja Nein
- Osteoporose (Knochenschwund) Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen:

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche (Medikamentenplan)?

3. Hatten Sie schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung (Zahnspange)? Ja Nein

4. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

5. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

6. Wünschen Sie, dass wir Sie in unser Recall-System (Erinnerung) aufnehmen? Ja Nein

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Wassertrüdingen, den _____

 Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Std. vorher ab, um die Berechnung einer Ausfallgebühr zu vermeiden.

Wassertrüdingen, den _____

 Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter