

Herzlich Willkommen in der



Liebe Patientinnen, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Wir bitten Sie nun, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollten bei der Beantwortung Unklarheiten oder Fragen auftauchen, wenden Sie sich bitte an uns.

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift/PLZ _____

Telefon privat _____ geschäftl./mobil _____

Beruf _____

Name der Versicherung _____

- Ich bin gesetzlich versichert Ich bin privat versichert Ich bin nicht versichert

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Klappenfehler/-Ersatz, Endokarditisrisiko) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung (z. B. Gerinnungsstörungen, Anämie) | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen z. B. Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten z. B. Hepatitis A/B/C, HIV | |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | |
| <input type="checkbox"/> MRSA Keim(Krankenhauskeim) | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein |
- ggf. (seit) wann?

Bitte wenden ! →

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja welche? _____ nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen bzw. Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Materialien?

ja welche? _____ nein

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder zahnmedizinischen Eingriffen starke Blutungen auf?

ja nein

Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Rauchen Sie?

ja

nein

wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: _____

Legen Sie wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung, Dämmerschlaf oder Vollnarkose?

lokale Betäubung Dämmerschlaf Vollnarkose nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet über Freunde/ Verwandte/ Kollegen Nachbarschaft

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir unseren Patientinnen/Patienten einen speziellen Service zum Recall/zur Nachsorge an. Wie dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermine bei uns erinnern?

per Telefon per Post per E-Mail (bitte E- Adresse notieren) _____

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten