

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe Ihrem Anliegen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese sind für eine angemessene und vor allen Dingen risikofreie Behandlung von großer Bedeutung. Darum beachten Sie bitte auch die folgenden Seiten.

Wir weisen darauf hin, dass alle von Ihnen gemachten Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Patient	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift des Patienten	_____	_____	
	Straße/Haus-Nr.	PLZ/Wohnort	

Versicherungsstatus (bitte die entsprechende Abkürzung ankreuzen)			
Mitglied gesetzl. Kasse	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Familienangehöriger	<input type="checkbox"/>	Basistarif	<input type="checkbox"/>
Rentner	<input type="checkbox"/>		
Krankenkasse oder Versicherung	_____		

Mitglied	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift des Mitglieds	_____	_____	
	Straße/Haus-Nr.	PLZ/Wohnort	

Telefon Festnetz _____

Telefon Handy _____

E-Mail _____

Die Beantwortung folgender Fragen ermöglicht es uns, Ihnen gezielt weitere Therapieangebote zu unterbreiten:

	Ja	Nein
Wünschen Sie eine Beratung zu folgenden Themen?		
- Amalgam-Alternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahnreinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hochwertiger Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
1. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traten nach zahnärztlichen Spritzen Reaktionen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an Allergien? (Haben Sie z. B. Heuschnupfen, Nesselsucht oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Ja“, welche?		
<hr/>		
5. Hatten Sie ernsthafte Herz-Kreislauf-Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Ja“, welche?		
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	
6. Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Ja“, bitte bei Punkt 22 angeben.		
7. Leiden Sie unter Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Haben Sie ein Nierenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal eine Gelbsucht (Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie eine HIV-Infektion/Aids? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wurden bei Ihnen künstliche Gelenke eingesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Leiden Sie an einer Magen-Darm-Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Leiden Sie an Asthma (schwerer Atemnot)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Liegt ein Pflegegrad vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“, welcher? <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> | | |
| 19. Haben Sie sonstige zurzeit vorliegende Erkrankungen oder Beschwerden? | | |

20. Hausarzt (Name, Adresse):

21. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche?
Gerne kopieren wir auch Ihre Medikamentenliste.

22. Zahnärztliche Schlafmedizin: Schnarchen Sie?
 Fühlen Sie sich tagsüber schläfrig?
 Beobachtet Ihr Schlafpartner Atemaussetzer?

23. Speziell für weibliche Patienten: Teilen Sie uns bitte eine Schwangerschaft unaufgefordert mit!

Bei Nichterscheinen oder verspäteter Absage behalten wir uns vor, Ausfallkosten von 50 € zu berechnen, es sei denn, Sie bleiben unverschuldet dem Termin fern. In diesem Fall teilen Sie uns bitte die Gründe unverzüglich mit.

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift Dr. A. Franke