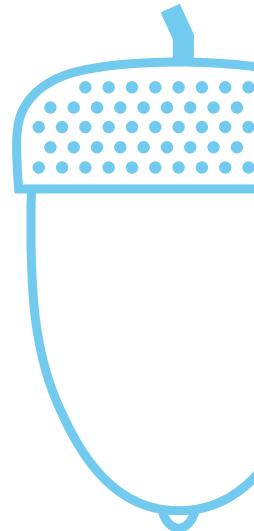


Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um bestmöglich auf Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse eingehen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!



Persönliche Daten

Anrede Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer / Mobilnummer

Emailadresse

Geburtsdatum

Geburtsort Diese Angaben werden für das Röntgenbuch benötigt

Hauptversicherte Person

wie persönliche Daten

Versicherungsdaten

gesetzlich versichert

privat versichert

Name, Vorname falls andere Versichertendaten

private Zusatzversicherung

Anschrift

Name private Zusatzversicherung

Geburtsdatum

Rechnungsadresse

wie persönliche Daten

Erinnerung

Ich möchte an Termine erinnert werden

an Hauptversicherte Person

ja nein

andere Person

Diese Erinnerung wünsche ich

Name, Vorname

per Mail per SMS

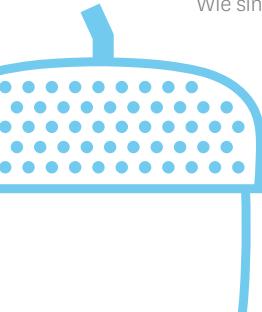
Anschrift

Unterschrift Rechnungsempfänger

Bitte wenden



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?

ja nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?

ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?

ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?

ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert?

ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?

ja nein

Grund für Ihren Besuch

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung? ja nein

Sonstiger Grund:

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Ihr Hausarzt, Name, Ort

Erkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Organtransplantation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Stammzelltransplantation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV-Infektion/AIDS Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
MRSA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma/Lungenkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Raucher:in	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)		

Operationen

Wurden größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, was und wann

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten gegen

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Metalle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wenn ja, welche

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche

Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja seit nein

Befinden Sie sich in medikamentöser Chemotherapie?

ja seit nein

Befinden Sie sich in Strahlentherapie bei Krebskrankung?

ja seit nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?

ja seit nein

Weitere Medikamente, welche und seit wann

Sonstige Angaben zu Ihrer Gesundheit

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort Datum

Unterschrift

