

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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

Selbstverständlich werden Ihre Angaben von uns vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Persönliche Daten

.....
Anrede Name, Vorname Anschrift

.....
Telefonnummer / Mobilnummer Emailadresse

.....
Geburtsdatum Geburtsort Diese Angaben werden für das Röntgenbuch benötigt

.....
Beruf Hausarzt

Versicherungsdaten

.....
Krankenkasse Private Zusatzversicherung Name, Vorname und Geburtstag des Hauptversicherten
falls Sie nicht selbst Hauptversicherter sind

Rechnungsadresse

Rechnungsadresse gleicht den persönlichen Daten

.....
Anrede Name, Vorname Anschrift

Erinnerung

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden?

Kontrolluntersuchungen Professionelle Zahnreinigung

Diese Erinnerung wünsche ich

per Brief per Mail per Telefonanruf

Bitte wenden



.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Dr. med. dent. Marc Eichhorn
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

📍 Hauptstraße 9, 73547 Lorch
☎ 07172/7659 ☎ 07172/92 84 45

@ info@zahnarzt-eichhorn.de
🌐 zahnarzt-eichhorn.de

Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?

ja nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?

ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert?

ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?

ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?

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

Bestehen gesundheitliche Risiken?

ja nein

Leiden Sie an einer Allergie?

ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Wenn ja, an welcher?

.....

Herzklappenfehler

ja nein

Herzklappenersatz

ja nein

Herzschrillmacher

ja nein

Endokarditisrisiko

ja nein

Herzoperation

ja nein

Hochgradige Neutropenie

ja nein

Organtransplantiert

ja nein

Stammzellentransplantiert

ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?

ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

ja nein

Haben Sie Diabetes?

ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?

ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

ja nein

Haben Sie grünen Star?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

ja nein

Allergie bzw. Unverträglichkeit:

Lokalanästhesie/Spritzen

ja nein

Antibiotika

ja nein

Schmerzmittel

ja nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?

ja nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck?

ja nein

Haben Sie einen niedrigen Blutdruck?

ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Metalle

.....

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

.....

Wenn ja, welche?

.....

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Als Bestellpraxis vergeben wir feste Termine. Hierdurch halten wir die Wartezeit für Sie so gering als möglich und stehen Ihnen in der reservierten Zeit voll zur Verfügung. Daher möchten wir Sie bitten, sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, uns *bis spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin* zu informieren. So wird es uns möglich, diesen Termin an einen anderen Patienten zu vergeben. Für nicht abgesagte Termine stellen wir die Ausfallzeit nach § 304, 615 BGB mit 40,- Euro je 30 Minuten in Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift