



HERZLICH WILLKOMMEN!

Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit, damit wir Ihre aktuellen persönlichen Daten aufnehmen können und uns über Ihre medizinische Vorgeschichte (2. Blatt) informieren können.

PATIENT: _____ geb. _____

HAUPTVERSICHERTER: _____ geb. _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON: _____
privat beruflich mobil

E-MAIL: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bitte gestatten Sie uns einige Fragen zu Ihrem Versicherungsstatus:

Wie sind Sie versichert? (bitte ankreuzen)

Private Krankenversicherung Versicherungsgesellschaft: _____

bei Privatpatienten: Beihilfe ja nein

Gesetzliche Krankenversicherung Versicherungsgesellschaft: _____

Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung abgeschlossen?

nein

ja, bei der _____ Versicherungsgesellschaft

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wir tragen Sie in unsere Kartei für den Erinnerungsservice (Recall) ein. Sie werden dann in regelmäßigen Abständen oder zum vereinbarten Zeitpunkt postalisch oder per E-Mail an den nächsten fälligen Termin erinnert.

Ich wünsche die Erinnerung postalisch (Brief) per E-Mail (E-Mail Adresse oben angegeben?)

Bitte beachten Sie: Sollten Sie vereinbarte Termin nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte mindestens 24 h vorher ab. Nicht eingehaltene Termine werden mit einem Ausfallhonorar von 25,- € je 15 min. in Rechnung gestellt!

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Düsseldorf, den _____

Unterschrift



MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE:

Allgemeine Anamnese:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Asthma / Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| HIV-/AIDS-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche _____

Rauchen Sie? ja nein
wenn ja, wie viel _____

Zahnmedizinische Anamnese:

Haben Sie ...

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Beschwerden an den Zähnen | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, wo _____ |
| Geräusche / Probleme im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, welcher Art _____ |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | |

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt? _____

Haben Sie bereits eine Zahnfleisch-/Parodontosebehandlung gehabt? ja nein wenn ja, wann _____

Hatten Sie jemals Probleme mit Narkose- oder Betäubungsmitteln ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Düsseldorf, den _____

Unterschrift