

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien noch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Mitversichert bei:

.....
Name, Vorname geb. am

.....
Name, Vorname geb. am

.....
Straße Telefon

.....
Straße Telefon

.....
PLZ Wohnort

.....
PLZ Wohnort

.....
Krankenkasse

.....
Beruf, Arbeitgeber, Telefon

.....
Beruf, Arbeitgeber Telefon

email

Mobilnummer:

(bitte deutlich in Blockschrift!)

Hinweis zur Organisation:

Da Qualitätsarbeit nur ohne Zeitdruck möglich ist, arbeiten wir mit Terminierung: Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ja Nein

Die Erinnerung zur jährlichen Kontrolluntersuchung möchte ich per eMail erhalten:

Ich möchte per SMS zu eventuellen Folgeterminen erinnert werden:

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten in unserem Praxisverwaltungssystem einverstanden und bestätige die Richtigkeit. Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den aktuellen Bestimmungen der EU-DSGVO.

Schriesheim, den
Datum

.....
Unterschrift

Bitte beantworten Sie uns noch unten stehende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Name Ihres Hausarztes? _____

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Bluthochdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck?
Zustand nach Herzinfarkt?
Herzasthma, Angina pectoris?
Herzklappenfehler oder Klappenersatz?
Endokarditis?
Herzoperation?

Allergien / Unverträglichkeiten

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Lokalanästhesie / Spritzen ?
Antibiotika?
Schmerzmittel?
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein

Krämpfe?
Ohnmacht?
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Knochenerkrankungen (Osteoporose/Hyperkalziämie,ect...)
Diabetes / Zuckerkrankheit?
Schilddrüsenerkrankung?
Magen-/Darmerkrankungen?
Drogenabhängigkeit?
Sonstiges? _____

Infektiöse Erkrankungen:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

MRSA (*Multiresistenter Staphylococcus aureus*) ?
Tuberkulose?
Chronische Erkrankung der Atemwege (Asthma, Husten)?
HIV, Aids-Erkrankung?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? /Haben Sie einen Pflegegrad? _____

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

Wenn ja, welcher Monat? _____ Monat

Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-Kiefer-Zahnbereich durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? ja nein

Wichtig: **Bisphosphonate (Alendronate, Risedronate, Pamidronate, Zoledronate)?**
_____ seit wann? _____
_____ seit wann? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen zu Ihrem Gesundheitszustand und der Medikamentierung immer sofort mit!