

Zahnarztpraxis Alsterdorf

Brabandstraße 75
22297 Hamburg
Tel: 040 514848 0

mail@zahnarztpraxis-alsterdorf.de



Um Ihnen und Ihren Wünschen unsere volle Aufmerksamkeit widmen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Nur so können wir Behandlungsrisiken überblicken.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum
------	---------	-------	--------------

Falls abweichend, Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Hauptversicherten

Straße, Hausnummer	PLZ, Stadt
--------------------	------------

Telefonnummer, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind	Mobil
---	-------

eMail	Beruf
-------	-------

Name Ihrer Kranken-Versicherung

Besitzen Sie ein Bonusheft? Nein Ja, ab wann?

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Welche?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt

Wann war Ihre letzte Zahnreinigung

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches

Wie / durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien, oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja: Welche?

Für Patientinnen. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Oder befinden Sie sich in der Stillzeit?

Bitte weiter auf der Rückseite

Leiden Sie unter (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Leukämie |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> hohem/niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetis |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustbereich | |

Andere?

Hatten Sie schon einmal eine/n

- Herzinfarkt Trombose Embolie

Ist bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung, oder Durchblutungsstörung bekannt?

- Nein. Ja

Haben Sie häufiger Kopf- oder Nackenschmerzen / Muskelverspannungen?

- Nein. Ja

Leiden Sie unter Ohrengeräuschen (Tinnitus), oder Migräne?

- Nein. Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen?

- Nein. Ja Wenn ja, tragen Sie eine Aufbisschiene? Nein Ja

Schnarchen Sie?

- Nein. Ja Besitzen Sie eine Schnarchschiene? Nein Ja

Wurde Ihnen eine Endokarditisprophylaxe empfohlen?

- Nein. Ja wie viel?
-

Bitte informieren Sie uns, wenn sich bei Ihnen Änderungen ergeben.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Ihre Termine werden nur für Sie freigehalten.

Beste Qualität bei der zahnärztlichen Behandlung ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Im Falle einer Terminabsage möchten wir Sie höflich bitten, uns dies bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch oder per E-Mail mitzuteilen. Vielen Dank!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.

Datum/Patient Unterschrift

Unterschrift Arzt