

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Detlef Schulz

Umfassende Zahnheilkunde von Anfang an



Information für unsere Patienten

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihre persönlichen Wünsche und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme und individuelle Behandlung.

Alle von uns gestellten Fragen werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz vom 17.01.1992 vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Patient
Name, VornameGeb.- Datum

Versicherter
Name, VornameGeb.- Datum

StraßeHausnummer.....

PLZ, OrtTel. privat

BerufTel. dienstl.

GeburtsortGeb.-Name.....

EmailMobil.....

Ich komme auf Empfehlung von: Internet Presse/Anzeige Gelbe Seiten u.s.w.

Persönliche Empfehlung Name:

Allgemeine Fragen

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich Privat

Gesetzlich /privat zusatzversichert Privat „Basistarif“

Freiwillig versichert Privat Beihilfe

(weiter siehe nächste Seite)

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen; bitte beantworten Sie alle Fragen!)

ja nein

01. Name und Tel. Ihres Hausarztes

.....

02. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

.....

.....

03. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion auf ein zahnärztliches Anästhetikum (Betäubungsmittel) erlebt?

04. Leiden Sie an Allergien (Allergiepass)?
Wenn ja, welche Stoffe?

.....

.....

05. Nehmen Sie gegenwärtig Gerinnungshemmende Medikamente ein?
(z.B. ASS, oder Macumar)

06. Besteht bei Ihnen starke Blutungsneigung?

07. Leiden Sie an:

Herzerkrankungen

J **N**

Hoher Blutdruck

J **N**

Niedriger Blutdruck

J **N**

Zuckerkrankheit (Diabetes)

J **N**

Magen-Darm-Erkrankungen

J **N**

Leberentzündung, Hepatitis (Gelbsucht)

J **N**

Tuberkulose

J **N**

HIV positiv/ Aids

J **N**

08. Hatten Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf folgende Medikamente?

Antibiotika

Penicillin

Aspirin

Paracetamol

09. Leiden Sie unter Asthma?

10. Hatten Sie jemals epileptische Anfälle?

11. Hatten Sie jemals einen allergischen Schock?

12. Nur für weibliche Patienten:

Sind Sie gegenwärtig schwanger?

Wenn ja, welcher Monat?

.....

Möchten Sie in unseren „Termin-Erinnerungs-Service“ (Recall) aufgenommen werden?

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach Betäubungsinjektionen eine deutlich verminderte Fahrtauglichkeit bestehen kann.

Essen,

Datum

.....

Unterschrift des Patienten