

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

Ihre Zahnärzte Dr. Markus Höing & Dr. Leonard Mertens

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße / Hausnummer Tel. privat

Postleitzahl / Ort

Krankenkasse/
Versicherung

Beruf

Arbeitgeber Tel. tagsüber

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

Ja NEIN

Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxe-Programm informiert zu werden?

Ja NEIN

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

JA NEIN

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wünschen Sie vor einem anstehenden Termin in unserer Praxis per SMS/E-Mail an Ihren Termin erinnert zu werden?

JA NEIN

Handy

E-Mail

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Anamnese

Ärztliche Behandlung: Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? JA NEIN
Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Nehmen Sie Bisphosphonate (knochenstärkende Medikamente) ein? JA NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? JA NEIN

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie/Unverträglichkeit/ Überempfindlichkeit?
Besitzen Sie einen Allergiepass? JA NEIN

Herzerkrankungen: Leiden/Litten Sie an einer Herzerkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Angina pectoris, Endokarditis, Klappenfehler)? JA NEIN
Haben Sie bereits einen Herzinfarkt erlitten? JA NEIN
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Leiden Sie an Bluthochdruck? JA NEIN
Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? JA NEIN
Sonstiges? _____

Stoffwechsel-Erkrankungen: Sind Sie Diabetiker? (Insulinpflichtig?, HbA1c-Wert.....) JA NEIN
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Wurde bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (Hämophilie) festgestellt? JA NEIN
Wurde bei Ihnen eine Blutarmut (Anämie) festgestellt? JA NEIN
Sonstiges? _____

Weitere Erkrankungen:

Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Asthma	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Osteoporose	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Rheuma	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Epilepsie/Krämpfe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A / B / _____)? JA NEIN
Tuberkulose JA NEIN
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? JA NEIN
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? JA NEIN
Wurden Ihnen Endoprothesen/Implantate eingesetzt (z. B. Hüfte, Knie, Herzklappe, Herzschrittmacher, Stent)? JA NEIN
Wurden Sie in letzter Zeit operiert? JA NEIN
Wurden Sie im Kopf-Hals Bereich bestrahlt? JA NEIN
Ist bei Ihnen eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme (Spritze, Medikament) aufgetreten? JA NEIN
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? JA NEIN

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? JA NEIN
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____ JA NEIN
Stillzeit: Wenn ja, in welchem Monat? _____ JA NEIN

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____