

LIEBE PATIENTEN,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

	PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Krankenkasse / Versicherung:		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
mobil Nr.:		
E-mail:		

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Ihre Wünsche und Erwartungen: _____

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergien / Arzneimittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch ggf. Werte:
Herz- und Kreislaufstörungen, Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenerkrankungen/-ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose / Bisphosphonat-Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:
Neigen Sie zu Nachblutungen? Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente? z.Bsp.: ASS, Marcumar, Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto oder andere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	aktueller Quickwert / INR:
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wie viele pro Tag:
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche Woche:
Sind Sie vollständig gegen das Corona-Virus geimpft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wenn Sie ein neuer Patient sind, wann sind Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt worden?			

Für einen reibungslosen Praxisablauf – ohne längere Wartezeiten – ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte so früh wie möglich Bescheid. Beachten Sie bitte weiterhin, dass die Verkehrstüchtigkeit nach jeder örtlichen Betäubung beeinträchtigt sein kann.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Zahnarztpraxis OZeAHN, 38530 Diddlese bei Bedarf patientenbezogene Daten an ärztliche Partner und Dentallabore weitergeben bzw. anfordern darf.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift