

ZAHNARZTPRAXIS

ULF MAHLKE

IMPLANTOLOGIE • ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN • PARODONTOLOGIE

BERLINER STRASSE 11 • 14542 WERDER - HAVEL

TELEFON 03327 668 242 • FAX 03327 668 243 • MOBIL 0172 964 66 48

PRAXIS@ZAHNARZT-WERDER.DE • WWW.ZAHNARZT-WERDER.DE

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Tel. privat : mobil : dienstlich :
FAX : Email : Beruf :

Hauptversicherter:

Name : Vorname: Geb.-Datum :
Strasse / Nr. : PLZ / Ort :

ja nein

Stimmt die oben gedruckte Anschrift?

Richtige Anschrift:.....

Name des Hausarztes (Anschrift und Tel.)

Name des bisherigen Zahnarztes (Anschrift, Email und Tel.)

Möchten Sie regelmäßig an nötige Untersuchungstermine erinnert werden (Recall)?

Wie möchten Sie erinnert werden?

per Email Ihre Emailadresse lautet:

per SMS Ihre Mobiltelefonnummer lautet:

per Telefon Ihre Telefonnummer lautet:

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

Wenn ja, welche :

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Cochlearimplantat?

Zuckerkrankheit / Diabetes

Gerinnungsstörungen

Schilddrüsenerkrankung

Asthma / Lungenerkrankung

AIDS

Tuberkulose

Hepatitis

Rheuma oder rheumatisches Fieber

Anfallsleiden, z.B. Epilepsie

Magen-Darmerkrankung

sonstige Erkrankungen

ja nein

- Gehören Sie zu einer AIDS - Risikogruppe?
- Haben Sie einen HIV - Test durchführen lassen?
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen?
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche.....
.....
.....
- Zeigen Sie allergische Reaktionen auf Materialien oder Medikamente?
Wenn ja, auf welche
.....
.....
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Für Patientinnen : Sind Sie schwanger?

- Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?
- Knirschen Sie mit den Zähnen oder leiden sie an Kopf- und Nackenschmerzen?
- Schnarchen Sie?
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen Ihres Kopfes/Ihrer Zähne angefertigt?
- Möchten Sie mehr über unser Prophylaxeprogramm erfahren?
- Interessieren Sie sich für Implantate?
- Haben Sie weitere Fragen?

Wenn ja, zu welchen Themen:
.....
.....

- Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen?
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
.....
.....

Bitte beachten Sie, dass anfallende Kosten und Verdienstaussfall bei nicht spätestens zwei Tage vorher abgesagten Terminen in Rechnung gestellt werden können (mind. 60 EUR/30 min).

Achtung! Betäubungsmittel beeinträchtigen Reaktionszeit und Fahrtüchtigkeit.

Werder / Havel, den Unterschrift :

Kostenübernahmeerklärung:

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten aller vereinbarten Leistungen – auch die von der Versicherung / Beihilfe nicht erstatteten - privat zu tragen habe.

Werder / Havel, den Unterschrift :