

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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

Patientendaten

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Name der Kasse	Telefonnummer	Mobilfunknummer	E-Mail-Adresse
Beruf			

Bitte bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** angeben

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Bitte bei einer **Privatversicherung** angeben

Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen, z. B. bei Minderjährigen)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Rechnung an <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Versicherten
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Sie sind uns wichtig

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starker Würgereiz			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?			
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?			
Durch wen wurden wir empfohlen?			



DentOris
ZAHNARZTPRAXIS
& ORALCHIRURGIE

Dr. Kerstin Mußhoff
Bahnhofstraße 5c
41352 Korschenbroich

T 02161 - 67 11 77
F 02161 - 67 30 76
praxis@dentoris.de
www.dentoris.de

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen ein Tumorleiden bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente zur Knochenstärkung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welchen?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?	
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?	

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns in 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung von uns.

Datum: _____

Unterschrift: _____