



PRAXIS AM HOLZTURM DR. MED. DENT. MARKUS SCHUGT, MSC
ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN UND IMPLANTOLOGIE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht der Praxis.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

eMail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Vorname _____

PLZ / Ort _____

Ihr besonderer Beratungswunsch _____

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur durch gute Organisation und ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/ Branchenbuch Internet, über die Seite _____

Sonstiges _____

----- Bitte wenden -----



PRAXIS AM HOLZTURM DR. MED. DENT. MARKUS SCHUGT, MSC
ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN UND IMPLANTOLOGIE

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

Herzens oder Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie...

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	eine Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
einen Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Typ?		
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wogegen?		
Unverträglichkeiten gegen			_____		
Medikamente oder Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wogegen?		

Nehmen Sie...

- Herzmedikamente Cortison Schmerzmittel Antidepressiva Drogen Alkohol
 blutverdünnende Medikamente, welche _____
 andere Medikamente (evt. Medikamentenliste)

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welche Woche? _____

Sonstiges

- Rauchen Sie? ja nein
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt? ja nein

Einverständniserklärung:

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

ja nein

Hiermit wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass die aktuellen Bestimmungen zur Datenschutzgrundverordnung in der Praxis jederzeit einsehbar sind.

ja nein

Ort/Datum

Unterschrift