

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Christoph Raffelt und ZÄ Johanna Neff*

Wendelsteinstraße 3, 85591 Vaterstetten, Tel 08106 31415

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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: geb.:
Name, Vorname

Anschrift:
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon privat: geschäftlich:

Mobil: Fax:

Beruf: Arbeitgeber:

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:

Gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse: Geschäftsstelle:

- freiwillig versichert
- Zusatzversicherung

Privat versichert

Name der Versicherung:

- beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung

Aus folgenden Gründen komme ich zu Ihnen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich komme zur Kontrolle meiner Zähne | <input type="checkbox"/> Kosmetik meiner Zähne stört mich |
| <input type="checkbox"/> Ich habe immer wieder Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Meine alten Kronen und Brücken gefallen mir nicht mehr |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte das vorhandene Amalgam entfernt haben | <input type="checkbox"/> Ich komme wegen |
| | |

* angestellte Zahnärztin

Medizinische Anamnese

Sind Sie in fortlaufender ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche?

.....

Name Ihres Hausarztes:.....

Nehmen Sie laufend Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Allergien ja nein

.....

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein

.....

Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappe ja nein

Zuckerkrankheit / Diabetes ja nein

Rheuma ja nein

Blutgerinnungsstörungen (z.B. Markumar, ASS) ja nein

Nehmen o. nahmen Sie in erhöhtem Umfang Drogen o. andere Suchtmittel
(z.B. Alkohol, Haschisch)? Wichtig wegen Spritzenwirkung! ja nein

Bestehen weitere Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis C, ...)? ja nein

.....

Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? ja nein

Teilen Sie bitte immer mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat (ggf. auch Schwangerschaft).

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!

Wir danken für Ihre Mithilfe.

Datum, Unterschrift