

IHRE DATEN

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer reibungslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten.

Alle Mitarbeiter und Zahnärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



ZAHNARZT
SCHRIEFER

Zahnarztpraxis Schriefer · Obernstraße 80 · 28832 Achim
Fon 04202 / 88 15 88 · Fax 04202 / 88 15 89 · www.zahnarzt-schriefer.de

Zähne retten, erhalten
und komfortabel ersetzen

Ihre persönlichen Daten:

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Beruf, Arbeitgeber, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Ort	Telefon (tagsüber und / oder privat)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail
		<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wie sind Sie versichert? GKV (gesetzlich) PKV (privat) Wenn **privat**, nutzen Sie Spezialtarife (z. B. Basistarif)?

Haben Sie eine private zahnärztliche **Zusatzversicherung**? Nein Ja, **Name der Versicherung**:

Sind Sie **beihilfeberechtigt**? Ja Nein

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

- Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden Mein Behandlungswunsch:
- Ich komme auf Empfehlung von:

Darüber möchte ich mehr wissen:

- Professionelle Prophylaxe Implantat-Versorgung Behandlung bei Zahnfleischbluten
 Zahnaufhellung (Bleaching) Moderne Wurzelkanalbehandlung Kosmetische Zahnbehandlung
- Zusätzlich wünsche ich eine Beratung über

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Nein Ja, etwas Ja, sehr

Informations- und Erinnerungsservice:

Wir informieren Sie gerne schriftlich rund um das Thema Mund- & Zahngesundheit und erinnern Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin.

Ja, ich möchte vom Informations-und Erinnerungsservice Gebrauch machen. Die Teilnahme ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte informieren bzw. benachrichtigen Sie mich per: Postbrief E-Mail SMS Anruf

(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Ort, Datum: Unterschrift:

GESUNDHEITSFragen



Sind Sie zurzeit in **orthopädischer Behandlung**?
Oder sonstiger **ärztlicher Behandlung**?

Nein Ja
 Nein Ja

Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. des Arztes an

Werden Sie von einem **Hausarzt** betreut?

Nein Ja

Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. an

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Nein Ja

Wenn **Ja**, welche:

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine **Bisphosphonattherapie**?

Nein Ja

Besteht bei Ihnen Verdacht auf **Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit**?

Nein Ja

Wenn ja, gegen welche Materialien / Medikamente? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Nein Ja

Herz-Kreislaufkrankungen:

- Herzinfarkt
- Herzfehler
- Bluthochdruck

- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Gerinnungsstörung

- Herzklappenersatz
- Schlaganfall

Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle?

Nein Ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?

Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Nein Ja

Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz?

Nein Ja

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose?

Nein Ja

Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)?

Nein Ja

Infektionskrankheiten:

Aids (HIV), Tuberkulose, Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)?

Nein Ja

Knochenerkrankungen:

Osteoporose, Knochentumore, Knochenmetastasen?

Nein Ja

Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt? _____

Schwangerschaft:

Wenn **Ja**, in welcher Woche / welchem Monat? _____

Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____