



MANUFAKTUR FÜR REGENERATIVE ZAHNMEDIZIN

LIEBE PATIENTEN,

für die Behandlung beim Zahnarzt oder bei der Oralchirurgin können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen sorgfältig:

	PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Krankenkasse/Versicherung:		
Straße:		
PLZ/ Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Handynummer:		
Festnetznummer:		
E-mail:		

Wurden Sie im Internet auf uns aufmerksam? Ja Nein

Wenn nein, unsere Praxis wurde empfohlen von:

Wer hat Ihre zahnmedizinischen Röntgenunterlagen?

Bitte wenden

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Lungenerkrankung (Asthma, TBC, Bronchitis)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Allergien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Blutdruck	<input type="radio"/> niedrig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Hoch ggf. Werte
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	ggf. wann
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	ggf. wann
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche:
Nervenkrankheiten (Epilepsie, psychische Erkrankung)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion?)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Osteoporose (Medikamente?)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Leidern Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche Woche:

Rauchen Sie? nein
 ja, weniger als 10 Zigaretten am Tag ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag

Dürfen wir Ihnen Ihre Rechnung als Email zusenden, Sie per SMS/ Email an Ihren Termin erinnern? nein ja

Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert? (Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleichen,)
 nein ja

Grund Ihres Besuches? Besondere Wünsche und Erwartungen:

Für einen reibungslosen Praxisablauf – ohne längere Wartezeiten – ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte drei Tage vorher Bescheid.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige den Wunsch nach Recallbenachrichtigungen.

Datum und Unterschrift
