



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Wohnort

Telefon privat Telefon geschäftlich Fax mobil

Beruf Arbeitgeber e-Mail

Selbst versichert mitversichert bei Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name des Versicherten Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse/Versicherung Beruf Arbeitgeber

empfohlen durch:

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen? ja.. ...nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? ja.. ...nein

Falls ja, ist ein lückenloser Zeitraum der letzten 5 Jahre oder 10 Jahre vorhanden ja.. ...nein

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Danke

Es ist für uns selbstverständlich, dass wir alle Informationen auch über die ärztliche Schweigepflicht hinaus streng vertraulich behandeln.

Ihr Praxisteam
Dr. Elisabeth von Mezynski

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen...

Herz- oder Kreislauf..... ja.. ...nein

Lunge / Atmungssystem..... ja.. ...nein

Blut..... ja.. ...nein

Leber..... ja.. ...nein

Niere/Blase..... ja.. ...nein

Schilddrüse..... ja.. ...nein

Magen..... ja.. ...nein

Darmtrakt..... ja.. ...nein

Nasennebenhöhlen..... ja.. ...nein

Haut..... ja.. ...nein

Geschlechtsorgane..... ja.. ...nein

Gelenken / Rheuma..... ja.. ...nein

Krebserkrankung..... ja.. ...nein

Wenn ja wo und wann?

Sonstige Erkrankungen

Haben Sie einen HIV-Test durchführen lassen? ja nein
positiv negativ

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Nehmen sie zurzeit Bisphosphonate ein oder haben Sie in den letzten 10 Jahren Bisphosphonate bekommen?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Name des Arztes / Adresse

Sind Sie an einer zahnärztlichen Behandlung unter Hypnose interessiert?

Rauchen Sie? ja.. ...nein

Wenn ja, wieviel?

Datum

Unterschrift

Haben oder hatten Sie jemals ...

hohen Blutdruck..... ja.. ...nein

Zucker/Diabetes..... ja.. ...nein

Fallsucht/Epilepsie..... ja.. ...nein

Gelbsucht/Hepatitis..... ja.. ...nein

Zahnfleischbluten..... ja.. ...nein

Kiefergelenkprobleme..... ja.. ...nein

Allergien, wenn ja, welche

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja.. ...nein

Neigen Sie zu

Blutungen? ja.. ...nein

Rückenschmerzen? ja.. ...nein

Knirschen oder pressen Sie? ja.. ...nein

Sind Sie schwanger? ja.. ...nein

ja.. ...nein

ja.. ...nein

ja.. ...nein

ja.. ...nein

Sind Sie an einer Raucherentwöhnung interessiert? ja.. ...nein