

Dr. Michael Dulisch · Zahnarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

PERSONALIEN

Patient:
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift privat:
Postleitzahl Ort Straße Telefon privat
.....
Handy

Arbeitgeber:
Telefon geschäftlich

Beruf:

Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
beihilfeberechtigt

Unsere zahnärztliche Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlungstermine werden nur nach Vereinbarung vergeben. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie zu den vereinbarten Terminen pünktlich erscheinen. Sollten Sie einmal verhindert sein, so sagen Sie den Termin bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Für einen vereinbarten, aber unentschuldigt versäumten Behandlungstermin kann nach § 615 BGB ein Ausfallhonorar verlangt werden.

Datum:

Unterschrift:

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN - MEDIZINISCHE ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Gesundheitsfragebogen korrekt und vollständig aus - vielen Dank.
Ihre Angaben sind wichtig und vertraulich. Sie unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!)

Haben oder hatten Sie...	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
- Gesundheitliche Risiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
- jemals einen Herzinfarkt (wann?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- jemals einen Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- allergische Reaktionen / Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Magen-Darm-Leber-Nieren-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Prostataerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Antibiotika-Prophylaxe nötig vor zahnärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sind Sie Raucher / Raucherin? (wie viele Zigaretten pro Tag?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Für Frauen: Sind Sie momentan schwanger? (Woche, Monat?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Welche Medikamente?		
.....		
- Ihr Hausarzt heißt:		

Datum:

Unterschrift: