

Dr. Ralf Härtel

Zahnarzt

Lindener Str. 9a - 38300 Wolfenbüttel - Tel.: 05331/32123 - Fax: 05331/33244

E-Mail: info@dr-haertel.de http://www.dr-haertel.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Vor-,Nachname des Patienten: _____

geb. am: _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name des Versicherungsträgers: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Rechnung an: Patienten oder Versicherten

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Ja

Herzerkrankung---Herzinfarkt wann? _____

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen-----

Hoher Blutdruck----- Niedriger Blutdruck -----

Osteoporose----- Nehmen Sie Bisphosphonate -----

Ohnmachtsneigung-----

Marcumar/ Gerinnungshemmer-----

Blutungsneigung / Bluterkrankung-----

Rheuma-----

Diabetes-----

Dialyse; wann: _____

Schilddrüsenerkrankung-----

Lebererkrankung-----

Lungenerkrankung / Asthma-----

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung-----

Epilepsie-----

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV?)

Tragen Sie ein Hörgerät? rechts links

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche?

Wer ist Ihr Hausarzt und dürfen wir mit ihm in Kontakt treten?

Ja

Unterschrift

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Haben Sie Zahnersatz? Alter?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Ja

- Kontrolluntersuchung-----
- Zahnschmerzen-----
- Zahnfleischbluten-----
- Kiefergelenksbeschwerden-----
- Knirschen-----
- Mundgeruch-----
- Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?

Sonstige _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Ja

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen-----
- Starke Schmerzempfindlichkeit -----
- Starker Würgereiz-----

Durch wen wurden wir empfohlen?

Beratungswunsch

Ja

- Professionelle Zahnreinigung-----
- weiße Zähne (Bleaching)-----
- zahnfarbene Keramikfüllungen-----
- kieferorthopädische Behandlung-----
- Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung-----
- Laserbehandlung-----
- Implantate / Implantatversorgung-----

Sonstiges _____

Datum: _____

Unterschrift: _____