

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patienten,
bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren
Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist
wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen
Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Straße + Nr.: _____ Tel.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen):

Name _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Straße + Nr.: _____ Tel.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Überweisender Zahnarzt/Hausarzt: _____

Andere Empfehlung?: _____

Wurden im letzten Jahr **Röntgenaufnahmen** im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?
Wenn ja in welcher Praxis? _____

Für Kassenpatienten:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Ja

Nein

Für Privatpatienten:

Sind Sie Beihilfe versichert?

Ja

Nein

Das Blatt bitte wenden!

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?: _____

Hausarzt / Facharzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja Welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente

Ja Nein

Wenn ja welche? (z. B. ASS/Marcumar): _____

Haben Sie eine Herzerkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Kreislauferkrankungen?

Hoher Blutdruck? Ja Nein Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Anfälle/Krämpfe? (z. B. Epilepsie)

Ja Nein

Liegt eine Blutungsneigung vor (Hämophilie/Bluterkrankungen)? Ja Nein

Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Ja Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Ja Nein

Haben Sie eine Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Ja Nein

HIV + Ja Nein

Sonstiges: _____

Ist eine Schwangerschaft bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Mit medizinisch notwendigen Leistungen, die von der Krankenkasse nicht erstattet werden, bin ich einverstanden. Ja nach Absprache Nein

Düsseldorf, den _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Für Privatpatienten:

Ich bin Privatpatient und komme für die Behandlungskosten auf.

Düsseldorf, den _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)