



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das ist sehr wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zahnarztpraxis
Bozena Scharmach
Marinestraße 61
59075 Hamm

Telefon: 02381 876 1414
E-Mail: info@zahnarzt-scharmach.de
Internet: www.zahnarzt-scharmach.de

Patientenkontakt Daten		Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	
Name:			
Vorname:			
Straße/Hausnummer:			
PLZ/Wohnort:			
Geburtsdatum:			
E-Mail:			
Telefonnummer(privat/mobil):			
Kostenträger; Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> pflicht versichert → <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) <input type="checkbox"/> nicht versichert	Zahnzusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja (Name der Versicherung) _____	
Hausarzt:			
Mitglied / Zahlungspflichtiger Bei Kinder	Name: _____	Vorname: _____	
	Adresse: _____		
Kinderarzt :			

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufferkrankungen	Medikamente bitte hier eintragen	
	↓↓↓↓↓↓	
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen	↓↓↓↓↓↓	
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder		Medikamente bitte hier eintragen ↓↓↓↓↓↓	
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grauer Star		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkoholgenuss:	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:	Wenn ja <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:			
Allergien bzw. Unverträglichkeiten			
Schmerzmittel:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?	Wenn ja welche Woche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme von weiteren Medikamenten		Medikamente bitte hier eintragen ↓↓↓↓↓↓	
Blutverdünner:	Name: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ASS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Medikamente:	_____ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Legen sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie eine gezielte Beratung?	Bleaching/Zahnaufhellung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Implantate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Professionelle Zahnreinigung PZR <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Inlays Gold oder Keramik (Hochwertige Zahnfüllungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Amalgamtausch und Alternative <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Recall →	Ist eine Erinnerung für Patienten/Innen einen Termin zu vereinbaren, per Post, oder SMS.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. Mindestens 24 Std vor der Behandlung abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht Rechtzeitige abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind, und dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxis-Team
Bozena Scharmach

Hamm, den _____ Unterschrift _____