

Sie können dieses Formular am Bildschirm ausfüllen.



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

Patient/in <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind weiblich <input type="checkbox"/> Kind männlich	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Anschrift		E-Mail
	PLZ, Ort	Telefon	Mobil
Mitglied / Zahlungspflichtiger (bei Kindern Erziehungsberechtigte(r))	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Anschrift		E-Mail
	PLZ, Ort	Telefon	Mobil
Kostentäger	Name der Krankenkasse / Versicherung		
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> basistarif-Versicherte(r) <input type="checkbox"/> (Sozialamt, Versorgungsamt)		
Hausarzt	Name des Arztes / der Ärztin, ggf. Name der Arztpraxis		

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja	nein	Medikamente
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenerkrankung / -defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionserkrankungen	ja	nein	Medikamente
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:			
Allergien / Unverträglichkeiten	ja	nein	
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:			

Weitere Erkrankungen	ja	nein	Medikamente
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:			
Allgemeine Angaben	ja	nein	Anmerkungen
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja: <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja: <input type="checkbox"/> 0 - 10 <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten pro Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit wann / Name:
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Datum / Körperteil:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher Monat:
Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalldatum / Art der Verletzung:
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie eine gezielte Beratung?	ja	nein	Anmerkungen
Bleaching / Zahnaufhellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gold- bzw. Keramik-Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Professionelle Zahnreinigung (PZR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amalgamtausch und Alternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind, und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

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