

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir zusätzliche Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, der u.U. Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben kann. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

OLGA KAPPIS
ZAHNÄRZTIN



Persönliches

Name / Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil	E-Mail

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilferechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Ort	Name / Ort
------------	------------

Letzter behandelnder Zahnarzt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon / Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet Sonstiges:

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung Parodontalbehandlung andere Gründe:

Füllungs-Alternativen Zahnaufhellung/Bleaching neuen Zahnersatz: Kronen, Brücken herausnehmbarer Zahnersatz

Sind Sie an Beratung und Vorführung von Pflegetechniken zur Verhütung von Zahn- und Mundproblemen interessiert? (Individualprophylaxe) JA NEIN

Weitere administrativ wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? JA NEIN (Eintragungen der letzten 10 Jahre) Möchten Sie an Ihre halbjährl./jährliche Untersuchung erinnert werden? NEIN JA: per Post per E-Mail

Zahnärztliche Anamnese

Wann und aus welchem Grund war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Fand eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? JA NEIN Wenn ja, wann? Rauchen Sie? JA NEIN

Wurde bei Ihnen schon eine profess. Zahnreinigung durchgeführt? JA NEIN

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Zustand nach Infarkt Rhythmusstörungen Herzklappenersatz Schrittmacher niedriger Blutdruck hoher Blutdruck
 Schlaganfall Durchblutungsstörungen Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Ich neige zu blauen Flecken

Haben oder hatten Sie

HIV/AIDS Diabetes Osteoporose Epilepsie Asthma Hepatitis. Wenn ja, welcher Typ?
 Allergien gegen: Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Cortison Bisphosphonate Schmerzmittel Antidepressiva blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
 Endokarditis-Prophylaxe andere Medikamente:

Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente o. Spritzen bekannt? Wenn ja:

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? JA NEIN Wenn ja, in welcher Woche?

Fragen / Anmerkungen:

Hinweis zur Organisation: Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie uns diesen mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass nicht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden. **Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:** Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt. Vielen Dank!

Hockenheim, den



Unterschrift