

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir gerne! Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht

Patient (Name, Vorname)	Geb. Datum	Geburtsort
Name, Vorname des Versicherten (Ehepartner / Vater / Mutter)		Geb. Datum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Privat	Telefon beruflich	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	
Krankenkasse/Krankenversicherung		

Gesundheitsfragebogen 2016

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

- Bluthochdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschriltmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein

Drogenabhängigkeit: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

Ohnmachtsanfälle: ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden ja nein

Wenn ja, wann:

bitte wenden!

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig / zurzeit? seit
 seit
 seit

Wie sind Sie versichert?

- gesetzlich privat
 gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Außenwerbung Internet
 Gelbe Seiten/Telefonbuch/Zeitung empfohlen durch

(bitte für Praxisstatistik ausfüllen Danke!!!)

Nennen Sie uns bitte den Grund Ihres Besuchs

Waren Sie regelmäßig (1* pro Jahr) beim Zahnarzt? Wenn ja wer war der Vorbehandler (Bonus)

Wie alt ist der evtl. vorhandene Zahnersatz

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsei eingeholt wird.

, den

Ort/Datum

Unterschrift

Praxis Dr. Klaus Schmitz

Windmühlenstr. 3

48429 Rheine

Tel. 0 59 71- 8 22 55

Fax. 0 59 71- 79 69 77

info@schmitz-zahnarzt.de