

Dr. THOMAS MESSNER

Facharzt für Zahn-Mund-und Kieferheilkunde, Implantate, Kieferorthopädie
Arzt für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben.

PATIENT/IN

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb. Dat.

VERSICHERTER

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADRESSE:

TEL privat

TEL Firma

Krankenkasse

Beruf

Ver. Nr.

Hausarzt/behandelnder Arzt:

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können ist es sehr wichtig folgende Fragen zu beantworten.
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

ja nein

Glauben Sie, dass Ihre Zähne Ihren Gesundheitszustand beeinträchtigen?

Sind Ihre Zähne empfindlich gegen kalt oder heiß?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Wünschen Sie Informationen über unsere speziellen Angebote wie:

Kariesprophylaxe für Kinder

Zahnwartungsvertrag

Professionelle Zahnreinigung

Zähne bleichen

Die unsichtbare Zahnspange

Wünschen Sie bei der Zahnbehandlung eine Anästhesie (Spritze)?

Bitte schreiben Sie uns den Grund für den Besuch in unserer Praxis:

Haben od. hatten Sie jemals Probleme (zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein		ja	nein
Herz oder Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedr.Blutdruck (Kollaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo <input type="text"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche <input type="text"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche <input type="text"/>
Sind Sie derzeit schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welcher Monat <input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit durch Injektionen u. Medikamente einige Zeit nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann, sowie die Arbeit an gefährlichen Maschinen.

Bitte denken Sie daran, dass der von Ihnen vereinbarte Behandlungstermin speziell für Sie reserviert ist. Informieren Sie uns rechtzeitig wenn der Termin nicht wahrgenommen werden kann. Ein nicht wahrgenommener Termin wird von uns in Rechnung gestellt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie die Ordinationsaushänger an der Rezeption zur Kenntnis.

Datum:

Unterschrift: