Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Mario Haas

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

_____

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter

_____

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

_____

Telefon

_____

E-Mail Mobil Büro

Beruf *

_____

Name Ihres Hausarztes _____

Versichert **O** gesetzlich **O** privat

Name der Versicherung _____ Beihilfe **nein O ja O** / Basistarif **nein O ja O**

Haben Sie ein Bonusheft? **nein O ja O**

Haben Sie eine Zusatzversicherung? **nein O ja O**

Blutungsneigung, Gerinnungshemmer **(Marcumar/ASS)?** **nein O ja O**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

_____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten/Materialien empfindlich? (Allergien) **nein O ja O**

_____

Bei Frauen: sind Sie schwanger? **nein O ja O** in welchem Monat _____

Sie sind uns wichtig! Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

_____

* freiwillige Angabe

Haben Sie Fragen? Möchten Sie Informationen? Sprechen Sie uns gerne an.
z.B. zu Zahnpflege, Prof. Zahnreinigung, Zahnaufhellung, Implantaten nein O ja O

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mind. 24 Std. vorher ab. Andernfalls können wir Ihnen ausgefallene Behandlungszeiten privat in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtig sein kann.

Haben Sie schwere Erkrankungen	**nein O ja O**
Atemwegserkrankungen (welche)	**nein O ja O**
Augenerkrankungen	**nein O ja O**
Diabetes (welcher Typ)	**nein O ja O**
Herzinsuffizienz	**nein O ja O**
Koronare Herzkrankheit	**nein O ja O**
Herzinfarkt	**nein O ja O**
Herzrhythmusstörungen	**nein O ja O**
Herzschrittmacher	**nein O ja O**
Herzklappenfehler / - Ersatz	**nein O ja O**
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	**nein O ja O**
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	**nein O ja O**
Infektionskrankheiten: Hepatitis A/B/C	**nein O ja O**
AIDS	**nein O ja O**
Lebererkrankungen	**nein O ja O**
Magen-Darm-Erkrankungen	**nein O ja O**
Nierenerkrankungen	**nein O ja O**
Chronische Niereninsuffizienz	**nein O ja O**
Dialyse	**nein O ja O**
Rheumatoide Arthritis	**nein O ja O**
Schilddrüsenerkrankungen	**nein O ja O**
Osteoporose	**nein O ja O**
Tumorerkrankungen	**nein O ja O**
Frühere Operationen? (Welche)	**nein O ja O**
Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	**nein O ja O**
Suchterkrankungen	**nein O ja O**

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? **nein O ja O**

Ort, Datum Unterschrift Patient

_____