

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Bleckede!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine risikofreie und ganzheitliche Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand für uns sehr wichtig. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Weshalb suchen Sie heute unsere Praxis auf? _____

Routinekontrolle neuer Zahnersatz Beratung Zweitmeinung Schmerzbehandlung

Persönliches:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Hausarzt: _____

Versicherung

Krankenkasse: _____
 gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt Zusatzversicherung Basistarif

*Sind Patient*in und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:*

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Praxis

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Homepage Suchmaschine Anzeige Jameda Lage d. Praxis Persönliche Empfehlung

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

Implantate Prophylaxe Kinderprophylaxe Zahnersatz Laser-Behandlung Zahnfleisch-
behandlung Beratung für Schwangere Mundgeruchsprechstunde Amalgamaustausch/-alternativen
 Bleaching Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
 angstfreie Behandlung Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung Sonstiges _____

Zahnarztpraxis Bleckede

Dr. med. dent. Sven Putzier

Allgemeine Gesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen? Wenn ja, welche?

- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung _____
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)

- Osteoporose
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankung
(Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung _____
- Rheuma
- Depressionen
- Allergien? Wenn ja, welche?

- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) o. Varianten
- Infektionen an Hepatitis-Viren (HAV, HBV, HCV)
- akute Erkrankungen an Masern, Mumps, Röteln,
Scharlach oder Varizellen
- akute Erkrankungen an Noroviren, Rotaviren
oder Keuchhusten

Mundgesundheit

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme oder
Blutungen beim Zähneputzen?
- Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem
schlechten Geschmack im Mund?
- Wünschen Sie sich hellere Zähne?

Haben Sie akute Schmerzen? _____

Wann war die letzte zahnärztliche
Röntgenuntersuchung? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Unverträglichkeit gegenüber
Medikamenten? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten,
werden Behandlungszeiten ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Wenn Sie Ihren Termin nicht
einhalten können, bitten wir Sie dringend, Ihren Termin mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____