

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Als Fachpraxis für Oralchirurgie und Implantologie sehen wir uns als modernes Dienstleistungs- und Serviceunternehmen, in dem unsere Patienten absolut im Mittelpunkt stehen. Um unsere Behandlung auf Ihre ganz speziellen Bedürfnisse einstellen zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Vorname des Patienten	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobil	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf/derzeitige Tätigkeit	Arbeitgeber
<input type="text"/>	
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Ich bin als Familienangehöriger versichert	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Geburtstag

Ich wurde überwiesen von Hauszahnarzt:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung
	<input type="checkbox"/> Internet

Bitte wenden >>>

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entstehenden Behandlungen z. T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihre Termine nicht einhalten. Um Ihnen und uns Unannehmlichkeiten zu ersparen, **bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Höhe von 160,- EUR pro halbe Stunde in Rechnung stellen.**

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? Wenn ja welche?

ja nein

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche?

ja nein

Haben Sie bei bisherigen Zahnarztbesuchen die Spritze gut vertragen?

ja nein

Reagieren Sie auf Medikamente überempfindlich (z.B. Penicillin)?

ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung?

ja nein

Bluterkrankung (z.B. Hämophilie)?

ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)?

ja nein

Nierenerkrankung?

ja nein

Lungenerkrankung (Asthma, Tuberkulose, Bronchitis)?

ja nein

Erhöhter / Erniedrigter Blutdruck?

ja nein

Magen-Darm-Erkrankung?

ja nein

Schilddrüsenerkrankung?

ja nein

Nervenerkrankung (Epilepsie)?

ja nein

Tumorerkrankung, welche Körperregion?

ja nein

Damit verbunden eine Strahlenbehandlung?

ja nein

Infektionserkrankung (z. B. HIV)?

ja nein

Lebererkrankung (Hepatitis)?

ja nein

Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente (Aspirin, Marcumar, Heparin)?

ja nein

Wenn Ja, kennen Sie Ihren aktuellen Quick-/INR-Wert?

Rauchen Sie? Wenn ja wieviel täglich?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

München, den

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank