

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten, daß Sie sich bei uns wohlfühlen.



Dr. Imogen Wilde

Gesund beginnt im Mund!

Und Gesundheit ist unser höchstes Gut.

Gemeinsam können Sie und wir dafür sorgen, daß Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch ein Leben lang gesund und schön bleiben.

Zunächst benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur Person und zu Ihrer Gesundheit. Verschwiegenheit gegenüber Dritten ist für uns selbstverständlich.

Patient

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Anschrift

Straße _____ Telefon privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Handy _____

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber

Firma/Name _____ Ort _____ Telefon geschäftlich _____

Hausarzt

Name _____ Ort _____

Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin darf mit meinem Hausarzt Kontakt aufnehmen und Fragen bezüglich meiner Gesundheit abklären. Damit bin ich einverstanden.

ja nein

Diese Erklärung können Sie jederzeit widerrufen.

Ich habe Zahnschmerzen oder andere Beschwerden im Mund- / Kieferbereich.

Eigene Zähne für ein ganzes Leben sind für mich erstrebenswert.

Ich wünsche mir frischen Atem.

Besonderen Wert lege ich auf:

Sprechen Sie uns an,
wenn Sie Fragen,
Anregungen oder
Wünsche haben.

Bitte blättern Sie um und beantworten
noch die Gesundheitsfragen auf Seite 2



Ihre Zahnarztpraxis Dr. Wilde

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Mund- und Allgemeingesundheit stehen in engem Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig.

Deshalb möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich reagiere überempfindlich auf bestimmte Stoffe Welche? _____ | <input type="checkbox"/> Ich leide an Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Allergiepaß | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Migräne |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Ich habe grünen Star |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Diabetes | <input type="checkbox"/> Ich habe Probleme mit der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Herz- / Kreislaferkrankung | <input type="checkbox"/> Ich stehe unter starker seelischer Belastung/Stress |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Magen- / Darm- oder Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ich hatte eine größere Operation |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Hepatitis / Gelbsucht / eine Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ich habe/hatte eine Bestrahlungs-/Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Asthma | <input type="checkbox"/> Ich habe MRSA |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ich habe die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Ich rauche | <input type="checkbox"/> Ich habe schon einen AIDS-Test machen lassen |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger, wenn ja, welche Woche? _____ |

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein

- Marcumar
- Bisphosphonate; bitte auch angeben, wenn sie in der Vergangenheit verabreicht wurden.
(z.B. Zometa, Bondronat, Aredia, Bonviva, Actonel, Forsamax, Skelid, Ostac, Bonefos, Didronel, Diphos)
- Sonstige _____

Meine Angaben werden elektronisch gespeichert.
Sie unterliegen den strikten Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.
Mit der Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

Hiermit verpflichte ich mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen.
Außerdem verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Vielen
Dank!

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____



Ihre Zahnarztpraxis Dr. Imogen Wilde