

DR. MED. DENT. HELMUTH ALTHOFF

ZAHNARZT

PROPHYLAXE ■ PARADONTOLOGIE ■ IMPLANTOLOGIE ■ KOSMETISCHE ZAHNMEDIZIN

PATIENTENNAME: _____ GEB. DATUM: _____

VERSICHERTENNAME: _____ GEB. DATUM: _____

ADRESSE: _____

BERUF: _____ TELEFON PRIVAT: _____

ARBEITGEBER: _____ TELEFON: _____

HAUSARZT: _____ MOBIL: _____

KRANKENKASSE: _____ E-MAIL: _____

VERSICHERUNGSART: ICH BIN PFlichtversichert PRIVAT VERSICHERT BASISTARIF-VERSICHERTE/R

WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

HERZERKRANKUNGEN: JA NEIN **KREISLAUFERKRANKUNGEN:** JA NEIN

HERZSCHWÄCHE (INSUFFIZIENZ)

UNREGELMÄSSIGER HERZSCHLAG (ARRHYTHMIEN)

HERZASTHMA, ANGINA PECTORIS

HERZSCHRITTMACHER / HERZKLAPPE

HABEN SIE EINEN HERZPASS?

KREISLAUFERKRANKUNGEN: JA NEIN

ZU HOHER BLUTDRUCK

ZU NIEDRIGER BLUTDRUCK

HERZINFARKT, WANN? _____

EINNAHME GERINNUNGSHEMMENDER MEDIKAMENTE

OHNMACHTSANFÄLLE

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN: JA NEIN

ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES)

MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN

SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS: JA NEIN

EPILEPTIFORME ANFÄLLE / KRÄMPFE

BLUTERKRANKUNGEN: JA NEIN

IMMUNSYSTEM: JA NEIN

BLUTUNGSNEIGUNG (HÄMOPHILIE)

LEIDEN SIE UNTER ERKRANKUNGEN DES IMMUNSYSTEMS?

BLUTARMUT (ANÄMIE)

WENN JA, WELCHE? _____

ALLERGIEN: JA NEIN

INFektionskrankheiten: JA NEIN

EKZEME

LEBERENTZÜNDUNG / GELBSUCHT (HEPATITIS A ODER B)

PENICILLIN-ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

TUBERKULOSE

ASTHMA

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE

BESITZEN SIE EINEN ALLERGIEPASS?

AIDS, HIV

ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

GEGEN _____

SONSTIGE ERKRANKUNGEN: _____

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN? _____

WEITERE ANGABEN: JA NEIN

JA NEIN

SIND ODER WAREN SIE DROGENABHÄNGIG?

BESITZEN / MÖCHTEN SIE EIN RÖNTGENNACHWEISHEFT?

SIND SIE RAUCHER?

SIND SIE SCHWANGER? (WELCHER MONAT?) _____

SIND SIE FRISCH OPERIERT WORDEN?

WELCHE HILFSMITTEL ZUR ZAHNREINIGUNG

WANN WURDEN SIE ZUM LETZTEN MAL

BENUTZEN SIE? _____

GERÖNTGT? _____

SOLLTEN SIE EINMAL EINEN TERMIN NICHT Wahrnehmen Können,
BITTEN WIR, AUCH IM INTERESSE DER ANDEREN PATIENTEN, DIESEN
RECHTZEITIG (24 STUNDEN VORHER) ABZUSAGEN. ANDERNFALLS BE-
HALTEN WIR UNS VOR, DIE KOSTEN IN HÖHE DES AUSGEFALLENEN
ZAHNÄRZTLICHEN HONORARS GELTEND ZU MACHEN. (§§ 611, 315 BGB)
VIelen Dank für Ihre Mithilfe.

DATUM _____

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINEN ANGENEHMEN AUFENTHALT IN UNSERER PRAXIS.