

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 BASISSTARIF-VERSICHERTE/R

WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

HERZERKRANKUNGEN:

	JA	NEIN
HERZSCHWÄCHE (INSUFFIZIENZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNREGELMÄSSIGER HERZSCHLAG (ARRHYTHMIEN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERZASTHMA, ANGINA PECTORIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERZSCHRITTMACHER / HERZKLAPPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABEN SIE EINEN HERZPASS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KREISLAUFERKRANKUNGEN:

	JA	NEIN
ZU HOHER BLUTDRUCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU NIEDRIGER BLUTDRUCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERZINFARKT, WANN? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EINNAHME GERINNUNGSHEMMENDER MEDIKAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OHNMACHTSANFÄLLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN:

	JA	NEIN
ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS:

	JA	NEIN
EPILEPTIFORME ANFÄLLE / KRÄMPFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLUTERKRANKUNGEN:

	JA	NEIN
BLUTUNGSNEIGUNG (HÄMOPHILIE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLUTARMUT (ANÄMIE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMMUNSYSTEM:

	JA	NEIN
LEIDEN SIE UNTER ERKRANKUNGEN DES IMMUNSYSTEMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WENN JA, WELCHE? _____		

ALLERGIEN:

	JA	NEIN
EKZEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILLIN-ÜBEREMPFINDLICHKEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BESITZEN SIE EINEN ALLERGIEPASS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN _____		

INFEKTIONSKRANKHEITEN:

	JA	NEIN
LEBERENTZÜNDUNG / GELBSUCHT (HEPATITIS A ODER B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERKULOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHRONISCHE ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SONSTIGE ERKRANKUNGEN: _____

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN? _____

WEITERE ANGABEN:

	JA	NEIN
SIND ODER WAREN SIE DROGENABHÄNGIG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE RAUCHER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE FRISCH OPERIERT WORDEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WANN WURDEN SIE ZUM LETZTEN MAL GERÖNTGT? _____		

	JA	NEIN
BESITZEN / MÖCHTEN SIE EIN RÖNTGENNACHWEISHEFT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE SCHWANGER? (WELCHER MONAT?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WELCHE HILFSMITTEL ZUR ZAHNREINIGUNG BENUTZEN SIE? _____		

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN:

BEKANNTE ODER VERWANDTE: _____
 INTERNET SONSTIGES: _____

SOLLTEN SIE EINMAL EINEN TERMIN NICHT WAHRNEHMEN KÖNNEN, BITTEN WIR, AUCH IM INTERESSE DER ANDEREN PATIENTEN, DIESEN RECHTZEITIG (24 STUNDEN VORHER) ABZUSAGEN. ANDERNFALLS BEHALTEN 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.