



DR. JUNG

ZAHNÄRZTE

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten.

Patient

Hauptversicherter

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		
Krankenversicherung		
Beruf		
Arbeitgeber		
Telefon privat		
Telefon beruflich		
Telefon mobil		
E-Mail		

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Presse TV/Radio Empfehlung von: _____

Überweisung von folgendem Hauszahnarzt:

Wie haben Sie Ihren Termin vereinbart?

Webseite Telefon Vor Ort E-Mail

Grund Ihres Besuchs:



DR. JUNG

ZAHNÄRZTE

Auch für eine zahnärztliche Behandlung können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit die folgenden Fragen sorgfältig. Gerne können Sie für ausführliche Angaben auch die Rückseite verwenden und auf der Vorderseite einen entsprechenden Vermerk hinterlassen. Sollte sich zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Gesundheitszustand verändern, teilen Sie uns dies bitte ebenfalls mit.

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | seit wann: _____ |
| Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | seit wann: _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | wann: _____ |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | seit wann: _____ |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |
| Sonstige Krankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| Wie ist Ihr Blutdruck? | <input type="checkbox"/> niedrig | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hoch |
| Haben Sie Herz- und Kreislauferkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | seit wann: _____ |
| Nehmen Sie laufend Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welche: _____ |
| Neigen Sie zu Nachblutungen/Gerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Haben Sie eine erhöhte Neigung zu Würgereiz? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> ja, weniger als 10 Zigaretten/Tag | <input type="checkbox"/> ja, mehr als 10 Zigaretten/Tag |
| Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Eingriffen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |

Gibt es etwas, das wir bei Ihnen besonders berücksichtigen sollen?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift (bei Personen unter 18 Jahren die des Erziehungsberechtigten)