

Praxis für Zahnheilkunde Dr. Manuel Menzel & Kollegen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Versicherter:

(familienversichert)

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Anschrift:

Straße u. Hausnr. _____ PLZ u. Wohnort _____

Kontaktdaten:

Tel-privat _____ Tel-Mobil _____ Email-Adresse _____

Beruf/Arbeitgeber:

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel-Arbeit _____

Krankenkasse:

Beihilfeberechtigt: Basistarif Zusatzversicherung: freiwillig versichert:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Allgemeine Situation

- Asthma
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion
- Blutgerinnungsstörung oder Blutbildveränderung
- Diabetes
- Magen-/Darm-/Nierenerkrankung
- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Epilepsie
- Rheuma
- Häufige Verdauungsprobleme
- Infektionen: Hepatitis A-B-C/Tuberkulose/HIV/Gelbsucht
- Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen
- Osteoporose
- Allergien - Wenn ja, welche?

- Medikamenteneinnahme – wenn ja, welche?

- Sonstige Erkrankungen – Wenn ja, welche?

- Rauchen Sie? – Wenn ja, wie viele?

- Besteht eine Schwangerschaft?

Zahn-Mund-Situation

- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang
- Geräusche im Kiefergelenk
- Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kieferbereich geröntgt wann?/wo? _____
- Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?
- Können Ihre Daten an einen Sozium oder Praxisnachfolger weitergegeben werden?
- Sind Sie an vorbeugenden Mundhygienemaßnahmen interessiert?

Sonstiges:

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Ihnen unsere Praxis empfohlen wurde? _____

Hiermit informieren wir Sie darüber, dass Sie nach einer Anästhesie mit einem verminderten Reaktionsvermögen und eingeschränkter Fahrtüchtigkeit rechnen müssen. Während der Anästhesiedauer sollten Sie auf das Essen verzichten, um Bissverletzungen zu vermeiden.

Wir sind eine Bestellpraxis und bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir es uns vor, eine **Ausfallvergütung nach §615 BGB von 40,- EUR pro Viertelstunde** zu berechnen.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)