

# Herzlich willkommen in unserer Praxis

Beate Ranft-Volkmer - Kieler Straße - 24119 Kronshagen - Tel.: 0431-588332

Nachname, Vorname (Patient/in)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (Privat / Mobil)	Telefon (tagsüber)
E-Mail	Beruf
Krankenkasse	Arbeitgeber/in

Sind Patient und Zahlungspflichtige/r **nicht** identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige/r)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Hat der Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Kronshagen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Hoher Blutdruck	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Niedriger Blutdruck	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Angina pectoris	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Schlaganfall	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Herzinfarkt	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Bypassoperation	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Herzklappenerkrankung/defekt	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Herzschrittmacher	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Herzoperation	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Blutarmut	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Bluter/in	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Grauer Star/Grüner Star	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Asthma	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Bronchitis	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Magenenerkrankung	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Darmerkrankung	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Blasenerkrankung	Ja ___ Nein ___	Med.: _____
Nierenerkrankung	Ja ___ Nein ___	Med.: _____

Siehe auch 2. Seite->

Osteoporose/Arthrose	Ja__ Nein__	Med.: _____
Rheuma/Gicht	Ja__ Nein__	Med.: _____
Rheumatoide Arthritis	Ja__ Nein__	Med.: _____
Epileptische Anfälle	Ja__ Nein__	Med.: _____
M S	Ja__ Nein__	Med.: _____
Kopfschmerzen/Migräne	Ja__ Nein__	Med.: _____
Zuckerkrankheit/Diabetes	Ja__ Nein__	Med.: _____
Schilddrüsenüberfunktion	Ja__ Nein__	Med.: _____
Schilddrüsenunterfunktion	Ja__ Nein__	Med.: _____
Hauterkrankung	Ja__ Nein__	Med.: _____
Hepatitis/Gelbsucht	Ja__ Nein__	Med.: _____
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose	Ja__ Nein__	Med.: _____
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Ja__ Nein__	Med.: _____
Tumorerkrankung (Bestrahlung,Chemo)	Ja__ Nein__	Med.: _____
Bisphosphonate (Tablette /Spritze?)	Ja__ Nein__	Med.: _____
Hausarzt- Name:	Ort:	Telefon:

Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? Ja\_\_ Nein\_\_

Haben Sie eine andere, oben nicht aufgeführte Erkrankung? Ja\_\_ Nein\_\_

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie andere, oben nicht aufgeführte regelmäßig Medikamente? Ja\_\_ Nein\_\_

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Ja\_\_ Nein\_\_

Wenn ja, welche?.....

Sind Sie Raucher/in? Ja\_\_ Nein\_\_

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Ja\_\_ Nein\_\_ Allergiepass?

Wenn ja, welche?.....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja\_\_ Nein\_\_

Wenn ja, welche?.....

Nur bei Frauen, sind Sie schwanger? Ja\_\_ Nein\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja\_\_ Nein\_\_

Überwiesen/empfohlen von .....

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragung der letzten 10 Jahre) Ja\_\_ Nein\_\_

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? Ja\_\_ Nein\_\_

**Hiermit entbinde ich Frau Beate Ranft-Volkmer von der Pflicht zur Verschwiegenheit über meine zahnärztliche Behandlung gegenüber anderen Kollegen zur Diagnostik/Beurteilung und erkläre mich damit einverstanden, dass in Rö-Bilder/Fotoaufnahmen Einsicht zwecks Mitbeurteilung gewährt wird und diese per e-mail versandt werden. Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass Röntgenaufnahmen vom Vorbehandler/in angefordert werden.**

**Es darf ein Foto von mir für die Karteikarte angefertigt werden.**

**Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen/Medikamenten.**

**Unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24 Stunden vorher) werden Ihnen privat in Rechnung gestellt!!**

Kronshagen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_