

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.: _____ |
| Magenerkrankung | 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/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__

Wenn ja, welche?.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja__ Nein__

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja__ Nein__

Wenn ja, welche?.....

Nur bei Frauen, sind Sie schwanger? Ja__ Nein__

Überwiesen/empfohlen von

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? Ja__ Nein__

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Frau Beate Ranft-Volkmer Informationen über meine zahnärztliche Behandlung an andere Kollegen weitergeben darf, wenn dies zur Diagnose oder Beurteilung notwendig ist. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass Röntgenbilder und Fotos meiner Behandlung von anderen Ärzten eingesehen und per E-Mail versendet werden dürfen. Ebenso stimme ich zu, dass vorhandene Röntgenaufnahmen von meinem vorherigen Zahnarzt angefordert werden.

Wir dürfen mit Ihrer Einwilligung ein Foto für unsere Karteikarte von Ihnen anfertigen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Fähigkeit, aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen, nach einer zahnärztlichen Behandlung für bis zu 24 Stunden eingeschränkt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch die Wirkung von Spritzen oder Medikamenten verursacht werden.

Im Rahmen der Behandlung können an der Schleimhaut kleine, meist unbedenkliche Verletzungen entstehen. Nach Füllungslegung, Präparation oder anderer Behandlung kann sich eine Pulpitis entwickeln.

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

Kronshagen, den _____ Unterschrift _____