

PRAXISGEMEINSCHAFT

Dr. Jürgen Willy
Zahnarzt - Parodontologie



Dr. Peter Skop
Zahnarzt - Oralchirurgie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (siehe Rückseite). Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

Geb.datum

Mitglied bzw.

Hauptversicherter

Name

Vorname

Geb.datum

Anschrift

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Privat

dienstlich

mobil

Krankenkasse od.
Versicherung

Beruf

Empfohlen durch:

Bestellpraxis:

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin ausschließlich für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Bitte halten Sie die vereinbarten Zeiten im Sinne eines reibungslosen Behandlungsablaufs ein bzw. sagen Sie uns möglichst spätestens 24 h vorher Bescheid, sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin wahrzunehmen, so dass wir die Zeiten für andere Patienten zur Verfügung stellen können.

Recall (Termin-Erinnerungsservice):

Sollten Sie den Wunsch haben, zukünftig an Ihre Prophylaxe- bzw. Untersuchungstermine von uns erinnert zu werden, kreuzen Sie bitte an, in welcher Form Sie benachrichtigt werden wollen

schriftlich per Postkarte

per e-mail

:

per Telefon:

Bitte wenden

Um bei Ihrer zahnärztlichen Behandlung event. Komplikationen bzw. Risiken sicher vorzubeugen, brauchen wir einige Angaben zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand

Sind Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Behandelnder Arzt (Adresse / Tel.nr.) _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter (bitte ankreuzen):

	ja	nein		ja	nein
Kreislaufschwäche (z.B. Ohnmachtsanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (z.B. Klapperersatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien (z.B. Metalle od. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie bisher schmerzstillende Spritzen gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es Komplikationen während einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frauen: Könnte derzeit eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mehr als 5 Zigaretten/Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum

Unterschrift

Bitte denken Sie daran, dass nach einer zahnärztlichen Anästhesie die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein könnte!