

Zahnarztpraxis Bouchnak

Drosselstieg, 39

21682 Stade

www.zaprxaxis-stade.de

04141/88767

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient:

Vorname Name geb. am Geburtsort.....

Anschrift:

Straße Ort

Telefon:

privat geschäftlich Handy.....

E-Mail:

Versicherung: gesetzlich privat zusatzversichert

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wurden Sie an uns empfohlen oder überwiesen?

Wenn ja von wem?

.....

Grund Ihres Zahnarztbesuches:

.....

Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt?

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht?

Wenn ja von wem?

Sind Sie Raucher?

Haben Sie eine Allergie ?

Hinweise zur Organisation Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Ihre Wünsche sind uns wichtig, sollten Sie vor der Zahnbehandlung persönliche Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen:

.....

Herz-/Kreislaufkrankungen			
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenfehler:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenersatz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Endokarditis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Immunsupprimierte Patienten			
Hochgradige Neutropenie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mukoviszidose-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Organtransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stammzellentransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektiöse Erkrankungen			
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
MRSA:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Asthma/Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Drogenabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nervenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsanfälle:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einnahme von Medikamenten			
Welche Medikamente:			
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, über den Sie sich zweimal pro Jahr an Ihre Kontrolltermine, Professionelle Zahnreinigung erinnern lassen Können.
Möchten Sie in unser RECALL-PROGRAMM aufgenommen werden ?

per SMS / Whatsapp an folgende Nummer :

per E-mail an folgende Adresse:.....

per Post an folgende Adresse:

Wie viele Krankenhäuser und Arztpraxen arbeiten auch wir mit einer Abrechnungsgesellschaft zusammen. Diese erleichtert die Büroarbeit und bietet Ihnen den Vorteil, auch Ratenzahlungen in Anspruch nehmen zu können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass eine Einwilligung dafür vor Ihnen erforderlich ist.
Sollten sie es dennoch nicht wünschen, haben Sie die Möglichkeit, die Rechnung in bar/ Überweisung oder mit ex-Karte zu bezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen ein
Erziehungsberechtigter)