

Herzlich willkommen!



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft Kampnagel

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie vor der ersten Behandlung dieses Blatt so genau wie möglich aus.
Wir sind Ihnen auch gern dabei behilflich.

*

Name und Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer / e-mail

Krankenkasse oder Versicherung

Arbeitgeber, Beruf (Angabe im Falle eines Unfalls)

Hausarzt, Name, Adresse und Telefon

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Von welchem/r Doktor/in wünschen Sie behandelt zu werden?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Erkrankungen:

wenn ja, welche

- | | | |
|----------------------------------|---|-------|
| Allergie /Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Diabetes (welcher Typ) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Glaukom (erhöhter Augendruck) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Herzklappenfehler/-ersatz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Hypertonie (erhöhter Blutdruck) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Hypotonie (niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Rückseite weiter ⇨

Erkrankungen:

wenn ja, welche

- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Immundefekt (z.B. Aids) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Dialyse | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Einnahme von Medikamenten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Wann wurden die letzten Röntgenbilder von Ihren Zähnen angefertigt? _____

Allgemeine Angaben:

- | | |
|-----------------|---|
| Raucher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Besondere Patientenwünsche:

- | | |
|--|---|
| Behandlung unter lokaler Betäubung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Beratung über ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Teilnahme am Benachrichtigungs-/
Recallsystems zur Vorsorge | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum / Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen .
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt.