



## PRAXIS AM OBEREN TOR

Zahnärzte

Dr. med. dent. Christian Dürr  
und Kollegen

ZERTIFIZIERT NACH DIN EN ISO 9001

Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	Vk gültig bis	Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahnheilkunde.

Zur Abschätzung eventueller Risikofaktoren und um für Ihre Zahnbehandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

IHRE ZAHNÄRZTE DR. CHRISTIAN DÜRR und KOLLEGEN

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (gesch.)

\_\_\_\_\_ (privat)

\_\_\_\_\_ (mobil)

Fax: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen (wenn ja, durch wen)?

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? (wenn ja, wo?)

\_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeversichert?  Ja  NeinMöchten Sie schriftlich an Kontroll-Untersuchungen  
bzw. Prophylaxesitzungen erinnert werden?  Ja  Nein

Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, Ihre mit uns vereinbarten Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

BITTE BEACHTEN SIE  
AUCH DIE RÜCKSEITE.X  
\_\_\_\_\_  
DATUMX  
\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	ergänzende Angaben
1. Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes (Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Hämatologische Erkrankungen (Erkr. blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>7. Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>			
a) Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Koronare Herzkrankheit /Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i) Mangel durchblutung der ZNS/Apoplex (Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Lebererkrankungen, insbesondere Hepatitis (Typ ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Osteoporose, falls ja bestand jemals eine medikamentöse Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Tumor-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Haben Sie Angst vor der Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Rauchen Sie? Wenn Ja, wie viel täglich?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?</b>			<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> oft
<b>Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

X

DATUM

X

UNTERSCHRIFT

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!