

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.

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

Kronshagen, den _____ Unterschrift _____