



Dr. Till Brauckmann

Zahnarzt

Herrenstraße 43 | 48308 Senden
Tel 02597.1441 | Fax 02597.98342
www.zahnarztpraxis-senden.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name: _____

Geb.: _____ Geb.-Ort: _____

Straße, PLZ & Ort: _____

Versicherter: _____

Geb.: _____ Geb.-Ort: _____

Straße, PLZ & Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe (nur Privatpat.): Ja Nein
Basistarif (nur Privatpat.): Ja Nein

Zahnezusatzversicherung: Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Ansprechpartner (bei betreuten Patienten): _____

Für eine umfassende und risikofreie Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand, insbesondere bzgl. möglicher Allgemeinerkrankungen und regelmäßiger Medikamenteneinnahme.

Bitte beantworten Sie daher die unten stehenden Fragen möglichst gewissenhaft und vollständig und wenden sich bei Unklarheiten jederzeit gern an uns.

Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine (angeborene) Störung der Blutgerinnung vor?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nehmen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. ASS oder Marcumar) ein?

Lag bei Ihnen in der Vergangenheit eine Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) vor?

Besitzen Sie einen Herzklappenersatz?

Besitzen Sie einen Organ- (z. B. Nierentransplantat) oder Gelenkersatz (z. B. künstliches Hüftgelenk)?

Wenn ja, was ist ersetzt? _____

Bitte wenden!

Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Herzklappeninsuffizienz vor?

Liegt bei Ihnen eine Diabetes-Erkrankung vor?

Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der Atemwege oder Lunge vor?

Liegt oder lag bei Ihnen eine Tumorerkrankung vor?

Wenn ja, wo ist/war der Tumor lokalisiert? _____

Liegt oder lag bei Ihnen eine Hepatitis-B oder -C-Erkrankung vor?

Liegt bei Ihnen eine HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung vor?

Liegt oder lag bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über- oder Unterfunktion) vor?

Leiden Sie an einer Allergie gegen bestimmte Substanzen und/oder Medikamente (z.B. Sorbitol oder Penicillin)?

Wenn ja, gegen welche? _____

Nehmen Sie neben evtl. bisher genannten weitere Medikamente regelmäßig ein?

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) ein bzw. haben diese eingenommen?

Liegt oder lag bei Ihnen eine Tuberkulose-Erkrankung vor?

Sind Sie Raucher?

Liegen bei Ihnen weitere, bisher nicht genannte, Erkrankungen vor?

Wenn ja, welche? _____

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich praxisintern zur Gewährleistung eines optimalen Behandlungsablaufes verwendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!