



ZAHNÄRZTE

Das **Plus** für deine Zahngesundheit

www.zahnarztpraxis-senden.de

Herrenstraße 43 | 48308 Senden

Tel 02597.1441

info@zahnarztpraxis-senden.de

@zahnarzt.senden

@bpluszahnaerzte

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name: _____

Geb.: _____ Geb.-Ort.: _____

Straße, PLZ & Ort: _____

Versicherter / bei Kindern Elternteil: _____

Geb.: _____ Geb.-Ort.: _____

Straße, PLZ & Ort: _____

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

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

Basistarif (nur Privatpat.): Ja Nein

Zahnzusatzversicherung: Ja Nein

Bitte legen Sie Ihr Bonusheft vor.

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Besteht ein Pflegegrad? Ja Nein

Wenn ja, welcher? _____

Wird Wiedereingliederungshilfe bezogen? 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 sowie vollständig und wenden sich bei Unklarheiten jederzeit gerne an uns.

Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine (angeborene) Störung der Blutgerinnung 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!



ZAHNÄRZTE

Das **Plus** für deine Zahngesundheit

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?

Wenn ja, welche? _____

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? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Google-Suche Youtube
 Facebook Instagram _____

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

Datum: _____ Unterschrift: _____