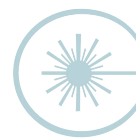


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in meiner Praxis!



ENJOY YOUR SMILE

Zunächst erbitte ich einige Informationen für die Administration. Falls Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir - das ganze Praxisteam - gebunden sind.

Vielen Dank für Ihre Mühe - Ihre Zahnarztpraxis **Dr. Heilmann**

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Heilmann
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
Untere Bahnhofstr. 29a
82110 Germering
089 - 894 066 99
info@zahnarztpraxis-heilmann.de
www.zahnarztpraxis-heilmann.de



Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum, Geburtsort _____

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Email _____

Krankenkasse, Privatversicherung _____ ja nein

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wo? _____

Möchten Sie an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

Wünschen Sie über unser Prophylaxe - Programm (professionelle Zahnreinigung) informiert zu werden?

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

- | | |
|---|--|
| Ja / Nein Allergie (welche) | Ja / Nein Rheumatoide Arthritis |
| Ja / Nein Anfallsleiden (Epilepsie) | Ja / Nein Schilddrüsenerkrankung |
| Ja / Nein Atemwegserkrankung (welche) | Ja / Nein Zahnfleischbluten |
| Ja / Nein Blutgerinnungsstörung | |
| Ja / Nein Diabetes (welcher Typ) | sonstige Erkrankungen: |
| Ja / Nein Glaukom (erhöhter Augendruck) | |
| Ja / Nein Hämatologische Erkrankung | |
| Ja / Nein Herz- Kreislaufferkrankungen (Herzinfarkt, -rhythmusstörung, -klappenfehler oder - ersatz, - schrittmacher. Angina pectoris. Apoplex) | Ja / Nein Haben Sie Angst vor der Behandlung? |
| Ja / Nein Hypertonie / Hypotonie | Ja / Nein Stimmen Sie - falls erforderlich - einer Röntgendiagnose zu? |
| Ja / Nein Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, TBC o.a.) | Ja / Nein Besteht eine Schwangerschaft? |
| Ja / Nein Lebererkrankung | Ja / Nein Nehmen Sie Medikamente? |
| Ja / Nein Niereninsuffizienz | Ja / Nein Nehmen Sie Bisphosphonate? |

Datum, Unterschrift _____

Achtung! Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!