

Dominique Wallraff

Zahnarzt

Vor dem Dreeser Tor 16 - 53359 Rheinbach

Tel. 02226/7755 - Fax 02226/14355 - E-Mail: kontakt@praxis-rheinbach.de - www.praxis-rheinbach.de

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche ?

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat?

Herzerkrankung ja [] nein []

Herzschrittmacher ja [] nein []

Künstliche Herzklappen ja [] nein []

angeborener Herzfehler ja [] nein []

Hoher Blutdruck ja [] nein []

Niedriger Blutdruck ja [] nein []

Ohnmachtsneigung ja [] nein []

Gerinnungshemmer ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [] nein []

HIV ja [] nein []

Rheuma ja [] nein []

Osteoporose ja [] nein []

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja [] nein []

Ist bei Ihnen eine Chemo- und / oder Strahlentherapie durchgeführt worden? ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

insulinpflichtig? ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Magen- / Darmerkrankung ja [] nein []

Lebererkrankung (Hepatitis) ja [] nein []

Dominique Wallraff

Zahnarzt

Vor dem Dreeser Tor 16 - 53359 Rheinbach

Tel. 02226/7755 - Fax 02226/14355 - E-Mail: kontakt@praxis-rheinbach.de - www.praxis-rheinbach.de

Patient: _____

Wenn ja, welche ? :

Nierenerkrankung ja [] nein []

Wurde bei Ihnen eine Transplantation durchgeführt?

Epilepsie ja [] nein []

Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [] nein []

Wer ist Ihr Hausarzt?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ja [] nein []

Zahnschmerzen ja [] nein []

Zahnfleischbluten ja [] nein []

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja [] nein []

Kiefergelenkbeschwerden ja [] nein []

Knirschen ja [] nein []

Mundgeruch ja [] nein []

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja [] nein []

Sonstiges

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []

Wenn ja, bei welchen?

Tragen Sie eine Knirscherschiene? ja [] nein []

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [] nein []

Starke Schmerzempfindlichkeit ja [] nein []

Starker Würgereiz ja [] nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung ja [] nein []

Weißer Zähne (Bleaching) ja [] nein []

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [] nein []

Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [] nein []

Austattung verträgl. Füllungsmaterialien ja [] nein []

Dominique Wallraff

Zahnarzt

Vor dem Dreeser Tor 16 - 53359 Rheinbach

Tel. 02226/7755 - Fax 02226/14355 - E-Mail: kontakt@praxis-rheinbach.de - www.praxis-rheinbach.de

Patient: _____

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung ja [] nein []

Ernährungsfragen ja [] nein []

Implantate / Implantatversorgung ja [] nein []

Sonstiges

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum

Unterschrift _____