

Dr. J. A. Heinrich
Augustastr. 43 - 46537 Dinslaken
Tel.: 02064/36807 - FAX: 02064/36817

Sehr geehrte Patienten,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns Ihnen in einem ausführlichen Gespräch widmen werden, möchten wir Sie bitten, uns einige Angaben zu Ihrer Person bzw. Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ferner möchten wir darauf aufmerksam machen, dass unsere Praxis nach einem Bestellsystem organisiert wird, was für Sie in der Regel kürzere Wartezeiten bedeutet. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnen müssen.

Patient

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. PLZ, Ort Telefon

E-Mail(Recall)

Krankenkasse

Beruf

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen zwecks Terminabsprachen von uns angeschrieben werden? Auf diese Weise versäumen Sie keinen von den gesetzlichen Krankenkassen vorgeschriebenen Kontrollterminen.

Ja Nein

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden

ja, ich möchte in Zukunft keine Karies mehr bekommen.

Nein.

Datum

Unterschrift

Dr. J. A. Heinrich
Augustastr. 43 - 46537 Dinslaken
Tel.: 02064/36807 - FAX: 02064/36817

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? O ja O nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht

Bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? O ja O nein

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? O ja O nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? O ja O nein

Herzasthma? O ja O nein

Angina pectoris? O ja O nein

Herzschrittmacher? O ja O nein

Herzklappenersatz? O ja O nein

Zustand nach Herzinfarkt? O ja O nein

Zu hoher Blutdruck (Hypertonie)? O ja O nein

Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)? O ja O nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? O ja O nein

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle? O ja O nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? O ja O nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? O ja O nein

Magen-/Darmerkrankung? O ja O nein

Schilddrüsenerkrankung? O ja O nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle? O ja O nein

Krämpfe? O ja O nein

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? O ja O nein

Blutarmut (Anämie)? O ja O nein

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? O ja O nein

Tuberkulose? O ja O nein

Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc.? O ja O nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? O ja O nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstige Erkrankungen:

Weitere Angaben:

Sind Sie drogenabhängig? O ja O nein

Sind Sie alkoholabhängig? O ja O nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? O ja O nein

Wenn ja, wo

Bereich: _____

Zahnarzt/Zahnklinik/Kieferchirurg/-orthopäde: _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!

Schwangerschaft:

Wenn ja, welcher Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort jede Änderung der obigen Angaben mit!

Datum

Unterschrift

Dr. J. A. Heinrich
Augustastr. 43 - 46537 Dinslaken
Tel.: 02064/36807 - FAX: 02064/36817

Datum

Unterschrift