

Zahnarztpraxis Marion Schubert

Ruhrstraße 4 Telefon (02931) 45 00
59821 Arnsberg Telefax (02931) 93 89 09
www.schubert-arnsberg.de



Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Marion Schubert

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. 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 natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja Nein

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hausarzt / Facharzt

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein

Wenn ja, welches Medikament?

Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit
oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)?

Ja Nein

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe?

Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt?

Ja Nein

Sonstiges?

Kreislaufferkrankungen

zu hoher Blutdruck?

Ja Nein

zu niedriger Blutdruck?

Ja Nein

Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsneigung?

Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

Ja Nein

Nierenerkrankungen?

Ja Nein

Magen- / Darmerkrankungen?

Ja Nein

Sonstiges?

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle?

Ja Nein

Krämpfe?

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen und Angaben

Rheuma?

Ja Nein

Hepatitis (A / B / C)?

Ja Nein

HIV?

Ja Nein

Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?

Ja Nein

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen?

Ja Nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

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

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung Ja Nein

Weißer Zähne (Bleaching) Ja Nein

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln Ja Nein

Zahnfarbene Keramikfüllungen Ja Nein

Amalgamsanierung Ja Nein

Implantate / Implantatversorgung Ja Nein

Recall

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

per Brief per E-Mail

Sonstiges

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

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

Arnsberg, den _____

Unterschrift