

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist sehr wichtig für eine risikofreie Behandlung für Sie und auch für uns. Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Dr. med. dent.
Bianca Vogt

Dr. med. dent.
Stephan Vogt

Zahnärzte

Hannoversche Str. 22 · 31582 Nienburg
Telefon (05021) 22 12 · Telefax 91 29 78
www.zahnaerzte-vogt.de

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

versichert durch:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Adresse:

Straße und Hausnummer
PLZ/Ort
Telefon

Krankenkasse:

--

tagsüber zu erreichen unter:

--

Wünschen Sie, halbjährlich kostenlos an Ihre **Vorsorgeuntersuchung** erinnert zu werden? (Diese Bestimmung kann jederzeit widerrufen werden.)

 ja nein

Freiwillige Angabe beim ersten Praxisbesuch:
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde, Bekannte, etc.

andere Ärzte

Internet

sonstiges,

Prophylaxe!

Falls Sie Interesse an unserem Prophylaxeprogramm haben, wenden Sie sich an uns. Wir informieren Sie gern.

– Bitte wenden –

1. Waren Sie in den letzten 3 Jahren in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Wenn ja, weshalb? _____
 Name, Adresse, Tel. des Arztes: _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
3. Haben Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? ja nein
- Herzerkrankung (Zustand nach Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz oder andere) ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Epileptische Anfälle ja nein
- Nierenerkrankung (Dialyse oder andere) ja nein
- Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star oder andere) ja nein
- Bluterkrankung (Blutarmut, Anämie, Leukämie oder andere) ja nein
- Allergie ja nein
- Wenn ja, wogegen? _____
- Lungenerkrankung (Asthma, Tuberkulose oder andere) ja nein
- Magen-, Darmerkrankung (Geschwür, Tumor oder andere) ja nein
- Nervenerkrankung (Depression, Nervosität oder andere) ja nein
- Infektionserkrankung (Tuberkulose, Lues oder andere) ja nein
- HIV, AIDS, Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht) ja nein
4. Neigen Sie zu Nachblutungen oder blauen Flecken? ja nein
5. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
6. Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
7. Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder Stillzeit? ja nein
8. Leiden Sie an einer Erkrankung, die nicht aufgeführt ist? ja nein
- Wenn ja, welche? _____

Wir bitten Sie, Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

 Datum, Unterschrift des Pat. oder gesetzl. Vertreters:

Unterschreibt nur ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, bzw. er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.