



Dr. Silke Voßmann
 ZAHNÄRZTIN

**Liebe Patientin,
 lieber Patient...**
 wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten werden. Die dadurch gesparte Zeit können wir dann Ihnen persönlich zugute kommen lassen. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir – das ganze Praxisteam – gebunden sind.

Liebe Patientin, lieber Patient...
 herzlich willkommen in unserer Praxis!
 Wir bitten Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	
E-Mail	Telefon privat	
Beruf	Telefon geschäftlich	
<input type="radio"/> selbst versichert	versichert mit: <input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter	

Name	Vorname	Geburtsdatum
Hausarzt des Patienten		
empfohlen durch		

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

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

Herz (Bypass, Herzinfarkt, Schlaganfall) / Kreislauf Ja Nein

Lunge..... Ja Nein

Blut..... Ja Nein

Leber..... Ja Nein

Nieren..... Ja Nein

Schilddrüse Ja Nein

Magen-Darm-Trakt..... Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Haben oder hatten Sie jemals...

Blutungsneigung Ja Nein

HIV..... Ja Nein

Hohen Blutdruck Ja Nein

Zucker (Diabetes) Ja Nein

Fallsucht (Epilepsie)..... Ja Nein

Gelbsucht (Hepatitis)..... Ja Nein

Zahnfleischbluten..... Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Ja Nein



Bitte wenden.





Dr. Silke Voßmann
ZAHNÄRZTIN

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Sind Sie zur Zeit schwanger? Entbindungstermin? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen? Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wo/Weswegen? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Weshalb? Ja Nein

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? An welchen? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? Tabak-/E-Zigarette? Ja Nein

Leiden Sie an einer Augenerkrankung? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Endoprothesen (Herzklappe, künstliche Gelenke, Herzschrittmacher)? Wenn ja, seit wann? Ja Nein

Haben/ Hatten Sie eine Tumorerkrankung (Chemo, Bestrahlung...)? Wenn ja, wann? Ja Nein

Haben Sie Rheuma oder Osteoporose? Welche Medikamente nehmen Sie? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung? Wann? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden? Ja Nein

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass in der Kostenschätzung tarifliche Einschränkungen, Beihilferichtlinien, Sachkostenliste oder Abtrittserklärungen von privaten Krankenversicherungen/ Zusatzversicherungen leider nicht berücksichtigt werden können. Die Kosten müssen Sie selber tragen.

Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte 24 h vorher ab, da wir Ihnen sonst die Ausfallzeit in Rechnung stellen müssen.

