

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um unsere Behandlung individuell auf Sie anpassen zu können, benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich an uns. **Wir helfen Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!**

IHRE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Name / Vorname _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Telefon (privat) _____ Mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Notfallkontaktperson _____ Notfallnummer _____
Hausarzt _____ Ort _____
Krankenkasse _____ ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Beihilfeberechtigt

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

IN EIGENER SACHE

Möchten Sie an unserem Recall (Halbjährliche Terminerinnerung) teilnehmen?

Ja, per: ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Nein

Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Durch: ☐ Bekannten empfohlen worden ☐ Telefon- / Branchenbücher ☐ Zeitungsanzeigen ☐ Internet / Social Media
☐ Sonstiges _____

HINWEISE ZU UNSERER ORGANISATION

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch trotzdem einmal warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren. Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. **Vielen Dank für Ihr Verständnis.**

ALLGEMEINE ANGABEN

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Anästhetikum) oder Latex?

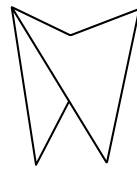
Haben Sie einen Allergiepass? ☐ nein ☐ ja, gegen: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja _____ SSW

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie ein Bonusheft? ☐ nein ☐ ja

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK



DR. JENNIFER STORK
— ZAHNARZTPRAXIS —

Blut / Gefäßerkrankungen

☐ nein ☐ ja

Schlaganfall

☐ nein ☐ ja

Gerinnungsstörung

☐ nein ☐ ja

Durchblutungsstörung

☐ nein ☐ ja

Nachblutungen

☐ nein ☐ ja

Thrombose

☐ nein ☐ ja

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ nein ☐ ja

Herzfehler

☐ nein ☐ ja

Endokarditis

☐ nein ☐ ja

Herzinfarkt

☐ nein ☐ ja

Herzschrittmacher

☐ nein ☐ ja

Hypertonie (Bluthochdruck)

☐ nein ☐ ja

Hypotonie (niedriger Blutdruck)

☐ nein ☐ ja

Nierenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Dialyse

☐ nein ☐ ja

Nierenentzündung

☐ nein ☐ ja

Stoffwechselerkrankung

☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Diabetes

☐ nein ☐ ja

Lungenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Asthma

☐ nein ☐ ja

Schnarchen

☐ nein ☐ ja

Chronische Bronchitis

☐ nein ☐ ja

Augenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Grüner Star (Glaukom)

☐ nein ☐ ja

Grauer Star (Katarakt)

☐ nein ☐ ja

Infektionskrankheiten

☐ nein ☐ ja

HIV

☐ nein ☐ ja

AIDS

☐ nein ☐ ja

Hepatitis A/B/C

☐ nein ☐ ja

Sonstiges

☐ nein ☐ ja

Osteoporose

☐ nein ☐ ja

Krebserkrankungen

☐ nein ☐ ja

Bestrahlung (aktuell)

☐ nein ☐ ja

Ohnmachtsanfälle

☐ nein ☐ ja

Organtransplantation

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie täglich Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen? (z.B. ASS, Eliquis, Marcumar, Xarelto)?

☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie Medikamente ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Bisphosphonate)?

☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie sonstige Medikamente (z.B., Schmerzmittel etc.)?

welche: _____

☐ nein ☐ ja

Leiden Sie unter anderen nicht aufgeführten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen?

welche: _____

Für Anregungen und Kritikpunkte sind wir Ihnen sehr dankbar – sprechen Sie uns jederzeit gerne an!

Datum, Unterschrift