

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

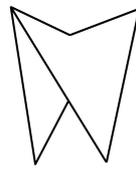
Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch trotzdem einmal warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger 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  
Künstliche Gelenke  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