

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: _____

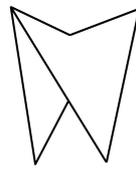
Besteht eine Schwangerschaft? nein ja _____ SSW

Haben Sie einen Pflegegrad? nein ja, ich habe Pflegegrad: (1) (2) (3) (4) (5)

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