



Zahnarztpraxis
am Hindenburgwall

Zahnärztin Antje Piepereit Hindenburgwall 5 29378 Wittingen Telefon 05831 – 99 25 00

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.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärztin Antje Piepereit

Name	Vorname	geb.
Straße	Nr.	Tel. privat
Postleitzahl	Ort	

Wünschen Sie, von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ja nein

Honorarausfallregelung: Bitte sagen Sie Ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei späterer Absage oder unentschuldigtem Fernbleiben stellen wir Ihnen 50% des Honorars der eigentlich geplanten Behandlung in Rechnung.

Bitte bedenken Sie, dass wir Sie einmal an den jeweiligen Kontrolltermin erinnern. Sollten Sie sich daraufhin nicht melden, nehmen wir Ihre Daten aus der Liste. Sollten Sie eine Wiederaufnahme in die Liste wünschen, ist das jederzeit möglich.



Aufnahmebogen

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefon: _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamente: Welche Präparate nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien: Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Wenn ja, auf welche Stoffe, Medikamente, Metalle usw?

Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, möchten wir bitte eine Kopie davon anfertigen.

Stoffwechselerkrankungen Diabetes (Teilen Sie uns bitte Ihren aktuellen Wert mit) ja nein
Sonstiges? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Bypässe? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Welche? z.B. Marcumar, ASS _____
Bitte teilen Sie uns Ihren aktuellen INR-Wert mit.

Bluterkrankungen: **Blutungsneigung (Hämophilie) ?** ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Epilepsie: ja nein

Rheumatische Erkrankungen: ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektionskrankheiten: Hepatitis A/B/C ____ (Leberentzündung/Gelbsucht)? ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV / Aids? ja nein
MRSA? ja nein
Sonstiges: _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sind Sie Raucher/in? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, in welcher Praxis? _____

Schwangerschaft: nein ja, Schwangerschaftsmonat: _____

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen mit.

Datum, Unterschrift: _____

Datum, Unterschrift: _____

Datum, Unterschrift: _____