EIN VERTRAUEN. EIN LÄCHELN.

JÖRG SCHALLER
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

AKTUALISIERUNG IHRER ANGABEN.

Wir bitten Sie, Ihre Angaben zu aktualisieren. Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

Personalien

Name Vorname Geburtsdatum

Geburtsname (notwendig lt. Röntgenverordnung)

Straße Nr.

PLZ Ort

Beruf/Tätigkeit Firma

Telefon-privat Telefon-dienstlich

Handy-Nummer e-mail

Versicherung

Krankenkasse / Versicherung

	ja	nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	o	o
Sind Sie beihilfeberechtigt ? (z.B. Beamte)	o	o
Sind Sie nach dem Basis-Tarif privat versichert ?	o	o

Wir bitten Sie, Zahlungen nach der Behandlung in bar oder per EC- Karte (Lastschriftverfahren) zu leisten.

IBAN BIC

Bank

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Hausarzt:

Name Telefonnummer

	ja	nein
1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Erkrankung:.....	O	O
2. Wurden Sie im letzten Jahr außerhalb unserer Praxis im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? Wenn ja, wo?	O	O
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein? Welche?.....	O	O
3. Bluten Sie lange bei Verletzungen?	O	O
4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Falithrom, Marcumar etc.) Welche?.....	O	O
5. Hatten Sie jemals / Haben Sie ...		
* eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?	O	O
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (z.B. Penicillin, Paracetamol etc.) Welche?.....	O	O
* Asthma, Heuschnupfen oder sonstige Allergien?	O	O
Besitzen Sie einen Allergiepass?	O	O
* Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen?	O	O
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	O	O
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	O	O
Bypass, Schrittmacher?	O	O
* rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankungen?	O	O
* Nervenerkrankungen, Anfallsleiden, Epilepsie, Krämpfe, Ohnmachtsneigung?	O	O
* Lebererkrankungen (Gelbsucht)?	O	O
* Zuckerkrankheit?	O	O
* Atemwegserkrankungen?	O	O
* Nierenerkrankungen?	O	O
* infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, HIV, Geschlechtserkrankungen)	O	O
* Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein oder bekamen Sie diese durch Injektionen?	O	O

bitte Rückseite beachten