



ANDREA JAKOB
ZAHNÄRZTIN

Herzlich willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Angaben zu Ihrer Person:

Patient	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	_____		
	Straße	PLZ	Ort
Telefon	_____		
	privat	geschäftlich	mobil

	Fax	e-mail Adresse	
Beruf	_____		
	Arbeitgeber		

Versicherungsverhältnis:

Gesetzlich <input type="checkbox"/>	_____	Mitglied <input type="checkbox"/>	Familierversichert <input type="checkbox"/>
	Krankenkasse	Rentner <input type="checkbox"/>	Freiwillig versichert <input type="checkbox"/>
Mitglied	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

	Straße	PLZ	Ort

	Sind Sie privat Zusatzversichert?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Privat <input type="checkbox"/>	_____	Beihilfeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Gesellschaft	Basistarifversichert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Hinweise zur Organisation:

Wir führen eine moderne Bestellpraxis und sind bemüht Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu garantieren. Am vereinbarten Termin sind wir nur für Sie da, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 3 Tage im Voraus. Bei nicht abgesagtem Fernbleiben müssen wir im Wiederholungsfall den entstandenen Ausfall berechnen.

Möchten Sie über unser Vorsorge-Programm (Individual-Prophylaxe) informiert werden? Ja Nein

Interessieren Sie sich für neuere und qualitativ bessere Versorgungsmöglichkeiten – auch wenn diese nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen oder Versicherungen übernommen werden? Ja Nein

Möchten Sie von uns kurz an die halbjährliche Routineuntersuchung erinnert werden? (allerdings ohne Gewähr) Ja Nein

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.



ANDREA JAKOB
ZAHNÄRZTIN

Stehen sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/ Facharzt (Name und Ort): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche, wogegen? _____

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Wogegen? Allergiepass? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

- Herzerkrankungen
 Herzschwäche Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzklappenersatz Endokarditis

Weitere Angaben _____

- Kreislauferkrankungen
 Bluthochdruck Gerinnungshemmende Medikamente

Weitere Angaben _____

- Stoffwechselerkrankungen
 Magen-, Darmerkrankungen Nierenerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Diabetes

Weitere Angaben _____

- Bluterkrankungen
 Blutungsneigung (Hämophilie) Blutarmut Blutverdünnung

Weitere Angaben _____

- Infektionskrankheiten
 Hepatitis A/B Tuberkulose Chronische Erkrankung der Atemwege Aids / HIV positiv

Weitere Angaben _____

- Sonstiges
 Tumorerkrankungen Drogen- oder alkoholabhängig? Raucher

Weitere Angaben _____

- Schwangerschaft / Stillzeit

Besonderheiten _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Datum

Unterschrift