

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns auf diesen beiden Seiten einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche Betreuung zukommen lassen können.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Straße	PLZ Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="checkbox"/> Selbst versichert	versichert mit <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
Name	Vorname
Geburtsdatum	Krankenkasse
<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung vorhanden	
Arbeitgeber	Beruf
Hausarzt	empfohlen von

Zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken beantworten Sie bitte auch alle Fragen auf der Rückseite dieses Bogens gewissenhaft.



Dr. Dr. Volker Michalczyk M.Sc.

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Master of Science in Oral Implantology



Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

- Herz oder Kreislauf ja nein
- Lunge ja nein
- Blut ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Trakt ja nein
- Gelenken (Rheuma) ja nein
- Knochen (Osteoporose) ja nein

Haben oder hatten Sie jemals ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Zucker (Diabetes) ja nein
- Fallsucht (Epilepsie) ja nein
- Grünen Star (Glaukom) ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt umgefallen? ja nein
- Neigen Sie zu Blutungen? ja nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein
- Sind Sie HIV positiv? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (Zähne/Nebenhöhlen/Hals/Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt/welchem Krankenhaus? ja nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche? Allergiepass? ja nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen? ja nein

Wünschen Sie über unser Mundgesundheitsprogramm informiert zu werden? ja nein

Wünschen Sie über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis

Haben oder hatten Sie Schmerzen? Wann und wo treten die Schmerzen auf? Welche Vorbehandlungen sind von überweisenden Ärzten oder Zahnärzten ausgeführt worden? Welche Hinweise können Sie uns noch geben?

Datum

Unterschrift