

Zahnarzt Christoph Hennig

Breslauer Str. 20 - 40880 Ratingen - Tel: 02102 / 44 28 94 - Fax: 02102 / 44 35 94

WIR FREUEN UNS , DASS SIE UNSERE PRAXIS BESUCHEN UND UNS IHRE ZAHNGESUNDHEIT ANVERTRAUEN . UM UNSER ANSCHLIEßENDES GESPRÄCH ZU ERLEICHTERN , DÜRFEN WIR SIE BITTEN FOLGENDE FRAGEN SORGFÄLTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN .

PATIENT : _____
Name Vorname Geburtsdatum /Geburtsort/Land

HAUPTVERSICHERTER : _____
Vorname Geburtsdatum

STRASSE / NR.: _____

ORT / PLZ : _____

TELEFON : _____
Privat Arbeitgeber Handy

Krankenkasse : _____ Hausarzt : _____

Gesetzlich versichert : ja__nein__ Privat versichert : ja__nein__

Freiwillig versichert : ja__nein__ Basistarif : ja__nein__

Zusatzversichert : ja__nein__ Beihilfeberechtigt: Ja__nein__

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

ALLGEMEINE SITUATION

	JA	NEIN
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Raucher ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Latexallergie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ggf. welche Allergien.....		
Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht / Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aidskrank / HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ggf. welche		
Nehmen Sie Bisphosphonate ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sonstige Erkrankungen _____

Ihre Praxis wurde mir empfohlen von _____

Wir möchte Sie darauf hinweisen, dass unsere Rechnungen GOZ konform erstellt werden und Beihilferichtlinien keine Berücksichtigung finden können.

Eine Anästhesie kann zu verminderter Reaktionsfähigkeit sowohl im Straßenverkehr , als auch am Arbeitsplatz führen.

DATUM : _____ UNTERSCHRIFT : _____

Wir haben für unsere Patienten einen Erinnerungsservice (Recall) eingerichtet . In regelmäßigen Abständen Werden Sie von uns an eine fällige Kontrolluntersuchung erinnert . Die Zeitintervalle betragen in der Regel 6 Monate , können jedoch individuell abgestimmt werden .

Ich bin mit der Erinnerung an die regelmäßige Kontrolluntersuchung einverstanden .

DATUM : _____ UNTERSCHRIFT : _____