

Gesundheits- und Anmeldebogen

PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN MARIE-LUISE HAMBURGER

Schutzbacher Weg 18, 35321 Laubach TELEFON 06405 – 1362 www.zahnarztpraxishamburger-in-Laubach.de

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ANSCHRIFT _____

EMAIL _____ MOBIL _____

TELEFON ARBEIT _____ TELEFON PRIVAT _____


NAME DES HAUPTVERSICHERTEN _____ KRANKENKASSE _____

HAUSARZT _____ VORHERIGER ZAHNARZT _____

BERUF _____ ARBEITGEBER _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß, sie dienen damit Ihrer Gesundheit und einer erfolgreichen Behandlung. Wir behandeln Ihre Angaben selbstverständlich vertraulich!


Waren Sie in den letzten Jahren -in ärztlicher Behandlung ja nein _____


 Wenn ja, **weshalb** ? - in einem Krankenhaus? Ja nein _____

-in einer RehaKlinik ja nein _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Welche? _____

Wurden Sie jemals oder werden Sie behandelt mit

 **Bisphosphonaten** z.B. Actonel, Alendronat, Aredia, Bondronat, Bonafos, Clodron Didronel, Diphos, Fosamax, Ostac, Pamidro-Cell, Pamifos, Ribodronat, Skelid, Zometa
ja nein _____

 **Blutverdünner** z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Iscover, Clogombix(Clopidogrel), Pradax (Dabigatran), Xarelto (Rivaroxaban), Eliquis (Apixaban) ja nein _____

Haben Sie >Allergien /Unverträglichkeiten? Wogegen? _____ Oder größere Operationen hinter sich? Ja welche? _____ nein Dabei aufgetretene Komplikationen? _____

Wurden Sie im Kopf-Kieferbereich geröntgt? Wann zuletzt? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja nein

Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____ Rauchen Sie? _____

Leiden Sie an Zahnfleischbluten oder Zahnlockerung?

Haben Sie deswegen Zähne in der Vergangenheit verloren? _____

Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen? _____

Haben/Hatten Sie Beschwerden an oder mit der Wirbelsäule / Skelett? Schiefstand o.ä.

Bitte wenden!



Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

_____Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____Herzerkrankung? _____
_____Kreislaufkrankungen? _____Schlaganfall? _____
_____Rheuma, Osteoporose? _____Blutgerinnungsstörungen? _____
_____Lungenerkrankung? Asthma? _____Blutkrankheiten? _____
_____Magen-Darm Erkrankung? _____Lebererkrankung? Gelbsucht? _____
_____Schilddrüsenerkrankung? Nierenerkrankung? _____
_____Anfallsleiden? _____Psychosomatische Erkrankung? _____
_____Gelenkersatz ? wann? _____Antibiotikaphylaxe? _____

Infektionskrankheit (Tbc, AIDS, CJK, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, MRSA, ORSA etc.)? _____

Tumorerkrankung? Wann? Bestrahlung? Chemotherapie? _____

Sonstige? _____

Haben Sie einen besonderen Wunsch für Ihre Behandlung? _____

Ihre Mitarbeit benötigen wir, um unser höchstes Ziel zu erreichen, Ihre Gesundheit zu erhalten:

- Dürfen wir Sie zu Vorsorge oder PZR Terminen telefonisch erinnern?
- Ich interessiere mich für die Möglichkeit den langfristigen Erhalt meiner Zähne

Wir nehmen Datenschutz ernst und behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften. Unsere Datenschutzerklärung ist in ausgedruckter Form in der Praxis ausgelegt. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie: Kopie erhalten Kopie verzichtet.

Wichtiger Hinweis:

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen bis 48 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen erlauben wir uns, eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis!

Ich bestätige meine Angaben in Richtigkeit und Vollständigkeit

LAUBACH DATUM

UNTERSCHRIFT GGF ELTERNTEIL
