

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dyrssen & Deimann



Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung, benötigen wir einige Persönliche Angaben von Ihnen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten sich Änderungen Ihrer Daten oder Ihres Gesundheitszustandes ergeben, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig. Vielen Dank.

Name	Vorname	Geburtsdatum		
Name, Vorname des Versicherten, falls abweichend		Geburtsdatum		
Straße, Hausnr.		Postleitzahl, Wohnort		
Telefonnr.	Mobil	Email		
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
Name der Versicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung		

Allgemeines

Name/ Anschrift Ihres Hausarztes _____

Letzte Zahnärztliche Röntgenaufnahme _____

Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe? Nein Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja _____

Erkrankungen

Hoher Blutdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gelbsucht / Hepatitis	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	HIV / Aids	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Mamakarzinom	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Chemotherapie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Antibiotika notwendig nach	
Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	einem chirurgischen Eingriff	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol / Drogenabhängigkeit	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Einnahme regelmäßiger Medikamente

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung im öffentlichen Straßenverkehr beeinträchtigt sein können!

Bitte benachrichtigen Sie uns rechtzeitig, mindestens einen Tag vorher, sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können.

Datum, Unterschrift _____