



# Zahnärztliche Praxisgemeinschaft Dr. Rüdiger Bahr & Udo Figge

## Patient

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.Nr.: ..... Mobil: .....

Krankenkasse: .....

Beruf/Arbeitgeber: .....

Die Praxis wurde mir empfohlen von: .....

## Versicherter (falls abweichend)

Name: ..... Vorname: ..... geb: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben : (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Wer ist Ihr Hausarzt? .....

2. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten oder Spritzen
- Herzbeschwerden (Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Angina pectoris)
- Osteoporose (Nehmen Sie Bisphosphonate?)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis A, B, C)
- Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv

3. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, wenn ja welche ?

.....

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche ?

.....

5. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja                      Nein                      Ungewiß

6. Was ist Ihnen bei einer Behandlung besonders wichtig?

.....

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher ändern. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem behandelnden Zahnarzt mitzuteilen.

Datum: ..... Unterschrift: .....