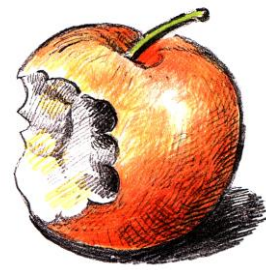


# Herzlich willkommen in unserer Praxis



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine risikofreie Behandlung.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Name / Vorname des Patienten:.....geb.:.....

Anschrift:.....

Beruf:.....E-Mail:.....

Telefon:.....geschäftlich:.....

\*Name des Versicherten, falls abweichend:.....geb.:.....

\*Anschrift:.....

\*Telefon:.....geschäftlich.....

Krankenkasse:.....Beihilfe:  .....Private Zusatzversicherung

Empfohlen von, oder aufmerksam geworden durch:

.....

Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (hoher Blutdruck)                              | <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck) |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Herzschrittmacher                           | <input type="checkbox"/> Grauer Star                     |
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Diabetes                        |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (Leberentzündung)                               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Nierenleiden  | <input type="checkbox"/> Aids                            |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen, Operationen oder Behinderungen:..... |  |

Nehmen Sie oder sollten Sie regelmäßig Medikamente nehmen? ja nein

Wenn ja, welche:.....

Sind Sie gegen bestimmte Stoffe allergisch oder überempfindlich? ja nein

Wenn ja, gegen welche:.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Besteht eine erhöhte Neigung zu Blutungen? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls Sie Raucher sind, wie hoch ist der tägliche Tabakkonsum? .....

Welche Einstellung haben Sie zu Amalgam?

Ich wünsche Amalgamfüllungen  Ich wünsche keinesfalls Amalgamfüllungen

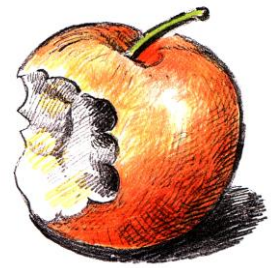
Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme von Ihren Zähnen gemacht? .....

Wann erfolgte die letzte professionelle Zahnreinigung? .....

Beobachten Sie Zahnfleischbluten? nie  selten  oft  immer

**bitte wenden....**

# Herzlich willkommen in unserer Praxis



Nehmen Sie regelmäßig pflanzliche Präparate oder **Nahrungsergänzungsmittel** ein? Oder wenden Sie Verfahren der **Naturheilkunde** an? Ja  Nein

Wenn ja, welche und zu welchem Zweck?.....

Gibt es ein spezielles oder mehrere Probleme, weswegen Sie unsere Praxis aufsuchen?

.....  
 .....  
 .....

Wünschen Sie Informationen speziell zu einem der folgenden speziellen Themen dieser Praxis?

CMD und Kiefergelenkdiagnostik, ggfs. auch im <b>D.I.R. - Verfahren</b>	gesundes Zahnfleisch / Parodontose / Parodontaldiagnostik
Zahn-, Füllungsdefekte	Laserbehandlung, Laserfluoreszenz
ästhetische / kosmetische Zahnmedizin	<b>CEREC</b> ( Computergefräste Vollkeramik)
Bleichen / Aufhellen von Zähnen	Kinderbehandlung
Prophylaxe oder professionelle Reinigung ( <b>P Z R</b> ), Versiegelungen	Zahnersatz (auch Implantat gestützt)
Komplementäre Verfahren oder auch integrative Zahnheilkunde	anderes..... .....

Um eine möglichst langfristige Funktionstüchtigkeit Ihrer Zähne zu erreichen bzw. zu erhalten, sollten Sie neben der häuslichen Pflege auch die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt wahrnehmen. Für Kassenpatienten sind diese Untersuchungen mit der Einführung des Bonusheftes vorgeschrieben.

Wünschen Sie, in regelmäßigen Abständen, meist halbjährlich, von uns schriftlich oder telefonisch an die Fälligkeit dieses Termins erinnert zu werden?

**Recall:** ja nein

Dieser Service ist für Sie selbstverständlich kostenfrei.

Zum Schluss noch eine Bitte an Sie:

Wir sind eine Bestellpraxis und immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Falls Sie einen Termin bei uns vereinbaren, ist das gesamte Praxisteam an diesem Termin auf **Ihren** Besuch eingestellt. Wenn Sie einen vereinbarten Termin bei uns nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte bis spätestens **48 Stunden** vorher.

Ein Hinweis zu Ihrer eigenen Sicherheit: **Nach Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein!**

Neuss, den .....  
 Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten