

Zahnarzt Peter Elwert - Die Kunst am Zahn

Funkelandstraße 2 • 59077 Hamm • Telefon (02381) 46 00 25 • www.zahnarzt-elwert.de

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Sie auszurichten und Zeit für unser persönliches Gespräch zu gewinnen. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Beachten Sie bei Ihrer Terminplanung, dass auch eine **lokale Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann.**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Krankenkasse
<input type="radio"/> selbst versichert	versichert durch/über	<input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter
Name des Hauptversicherten	Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten
Adresse des Hauptversicherten		
Beruf	Arbeitgeber	Hausarzt

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre Therapie planen zu können.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs Ja Nein
Leber Ja Nein
Nieren Ja Nein
Schilddrüse Ja Nein
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen/niedrigen Blutdruck..... Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Grünen Star Ja Nein
Zahnfleischbluten Ja Nein
Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein
Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
Wurde ein HIV-Test durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja..... positiv negativ
Haben oder hatten Sie eine Hepatitis? Ja Nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C

Haben Sie einen Röntgenpass?

- Ja Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

- Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

- Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

- Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

- Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

- Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

- Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Überwiesen worden durch: _____
 über die Krankenkasse Internet, über die Seite: _____
 Telefon- / Branchenbuch Sonstiges, und zwar: _____

Falls Sie eine Empfehlung von einem Bekannten hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? Ja Nein

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice für Ihre regelmäßige Vorsorge teilnehmen? Ja Nein

Datum _____ **Unterschrift** _____

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.