

Dr. Christiane Schwarzer-Michalczyk, Zahnärztin

Praxis: Heisinger Straße 497, 45259 Essen-Heisingen, Telefon 0201 - 46 22 75



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie, uns vorab einige medizinische Informationen zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

1	Nachname	Vorname	Geburtsdatum		
2	Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort		
3	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Beruf		
4	Ich bin selbst versichert:	ja (falls ja: bitte direkt weiter mit Zeile 6)			
	Ich bin versichert über meine/n	Ehemann	Ehefrau	Vater	Mutter
5	Nachname Versicherungsnehmer	Vorname Versicherungsnehmer	Geburtsdatum Versicherungsnehmer		
6	Krankenkasse	Arbeitgeber			
7	Hausarzt	überwiesen von	empfohlen durch		

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden ist es notwendig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Kreislauf?	ja	nein	der Schilddrüse?	ja	nein
der Lunge?	ja	nein	dem Magen-Darm-Trakt?	ja	nein
dem Blut?	ja	nein	den Gelenken (Rheuma)?	ja	nein
der Leber?	ja	nein	den Knochen (Osteoporose)?	ja	nein
den Nieren?	ja	nein			

Haben oder hatten Sie jemals...

hohen Blutdruck?	ja	nein	Gelbsucht (Hepatitis)?	ja	nein
Zucker (Diabetes)?	ja	nein	grünen Star (Glaukom)?	ja	nein
Fallsucht (Epilepsie)?	ja	nein	Zahnfleischbluten?	ja	nein

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt "umgefallen"? ja nein

Neigen Sie zu Blutungen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich (also Zähne, Nebenhöhlen, Hals, Nase oder Ohren) geröntgt?
 Wenn ja: wann? Bei welchem Arzt bzw. in welchem Krankenhaus?

nein ja wann / bei welchem Arzt:

Sind Sie derzeit schwanger? Wenn ja: in welchem Monat?

nein ja Schwangerschaftsmonat:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja: bei welchem Arzt?

nein ja in Behandlung bei:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja: welche?

nein ja ich nehme ein:

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? Wenn ja: weshalb?

nein ja Grund:

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

nein ja Allergien:

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

nein ja welche:

Möchten Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert werden? ja nein

Möchten Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht bzw. nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuchs möglichst genau. Haben Sie Schmerzen? Wann und wo treten diese Schmerzen auf? Welche ärztlichen Vorbehandlungen sind ausgeführt worden? Weitere Hinweise?

Datum

Unterschrift (bitte nach dem Ausdruck!)