

Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. Wiedemann + Team - Zahnmedizin und Oralchirurgie

Europa Allee 15 | 64625 Bensheim | Telefon 06251 2581 | kontakt@dr-wiedemann-team.de | www.dr-wiedemann-team.de

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihren persönlichen Daten und Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. Das ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Name Geb. Datum
Vorname Geb. Ort
Anschrift Krankenkasse
..... Hauptversicherter
Telefon Email
Mobil Hausarzt Telefon

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrötmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Hepatitis A, B, C ja nein
Tuberkulose ja nein
Andere Infektionskrankheiten ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle.....

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporose ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein
Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Leiden Sie unter Beschwerden in Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?

Möchten Sie Informationen über eine besondere Therapie?

Unser Recall-System bietet Ihnen den Service an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden. Möchten Sie diesen unverbindlichen Service in Anspruch nehmen? ja nein Wenn ja, in Form von: Email SMS Postkarte

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können (§615/280 BGB).

..... den

Unterschrift