



PERSÖNLICHE BEHANDLUNGSDATEN

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.

Dr. med. dent. Steffen Schmider
Zahnarzt

Mesmerstraße 9 | D-88709 Meersburg
T +49 (0)7532 - 390 | F +49 (0)7532 - 391
E info@zahnarzt-meersburg.de
W www.zahnarzt-meersburg.de

PATIENT / IN

Name Vorname

Geburtstag Geburtsort

VERSICHERTE(R)

Name Vorname

Geburtstag Geburtsort

KONTAKT DURCH

Empfehlung Name

Grund der Empfehlung

Internet Werbung Telefonbuch

ANSCHRIFT

VERSICHERTE(R)

Straße PLZ/Ort

Telefon Mobiltelefon

E-Mail

KRANKEN-

VERSICHERUNG

Name der Versicherung

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

BERUF

.....

ARBEITGEBER

Straße PLZ/Ort

Telefon

Damit wir bei der Behandlung auf eventuelle Krankheiten oder Beschwerden Rücksicht nehmen können, bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite sorgfältig zu beantworten. Diese Fragen sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich Ihre persönlichen Behandlungsdaten ändern, bitten wir Sie, uns dies vor der Behandlung mitzuteilen.

BITTE WENDEN →

PERSÖNLICHE BEHANDLUNGSDATEN

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grund der Behandlung: <small>Grund</small>		
Name des Hausarztes: <small>Name</small> <small>Ort</small>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie jemals ernsthaft krank oder hatten Sie eine größere Operation?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz-, Leber- oder Nierenerkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kreislaufstörungen / Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluten Sie lange nach, wenn Sie sich geschnitten haben?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Reagieren sie allergisch auf Medikamente (z.B. Penicillin, Lokalanästhetika)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma oder Diabetes?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis oder HIV?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie ängstlich oder besonders schmerzempfindlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <small>Anzahl</small>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? <small>Monat</small>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie das letzte Mal an den Zähnen geröntgt?	Monat	Jahr

«Unser Ziel ist es, Sie stets termingerecht und pünktlich zu behandeln. Als Gegenleistung bitten wir Sie darum, Termine mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen ansonsten entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.»

Datum / Unterschrift