

Gemeinschaftspraxis
Dr. Peter P. Grzonka – Dr. Dirk Reißmann

Ganzheitliche Zahnheilkunde

Dreherstr. 3 - 40625 Düsseldorf - Telefon: 0211 – 282524 – FAX: 0211 – 286041

www.mein-zahnarztteam.de - e-mail: praxis@mein-zahnarztteam.de



Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gute und risikofreie Behandlung. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Patient

Frau / Herr / Kind

Name Vorname geb.

Krankenkassenmitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Tel. privat / Arbeit

PLZ Ort

E - Mail

Handy

Krankenkasse/Versicherung/Zusatzversicherung
(Privatversicherte im Basistarif siehe unten)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Legen Sie Wert auf eine Gesamt-
behandlung Ihrer Zähne?

Ja Nein

Möchten Sie regelmäßig über
Neues und Aktuelles zur Mund- u.
Zahngesundheit informiert wer-
den? **Geht nur per E-Mail!**

Wollen Sie an regelmäßige Ter-
mine (Individualprophylaxe, Vor-
sorge- und Kontrolltermine) er-
innert werden?

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, 24 Stunden vorher ab (Telefon/Email/FAX). Andere Patienten freuen sich! Bei unentschuldigtem Nichteinhalten von für Sie freigehaltenen Terminen berechnen wir 90 €/Std.

Unterschrift/Datum:.....

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Karies- und Parodontitisprophylaxe
- Zahnfarbene Füllungen / Veneers
- Keramikfüllungen (Inlays/Onlays)
- Amalgam- / Herdsanierung
- Entgiftungstherapien
- Zahnfleisch-(Parodontitis-)behandlung
- Implantate
- Kiefergelenkserkrankungen
- Laserbehandlung
- Hypnose
- Bleaching (Zahnaufhellung)
- Zahnstein- und Verfärbungsschutz
- Naturheilkundl. Behandlungsmethoden
- Sonstiges:

Patientenerhebungsbogen für Ihren Zahnarzt

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen:

	Ja	Nein
1. Haben Sie zu hohen / niedrigen Blutdruck? Bitte markieren, was zutrifft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben oder hatte Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene oder erworbene Herzfehler. Welche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?		
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (z.B. Heuschnupfen) und /oder habe Sie einen Allergiepaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an einer Kiefergelenkserkrankung oder –problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nehmen Sie Präparate ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche: _____		
7. Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt. ein? _____		
8. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
9. Wer ist Ihr Hausarzt? (Telefonnummer?) _____		
10. Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Privatversicherte:

Ich versichere ausdrücklich **NICHT** in einem privaten **Basistarif** versichert zu sein. Falls doch, werde ich die Differenz zum GOZ-Standard Tarif privat tragen. **Dies gilt nicht im Schmerz- und Notfall!**

.....
Datum

.....
Unterschrift