

Zahnarztpraxis
Thomas Burkhardt

Friedhofstraße 11
45478 Mülheim-Ruhr

Tel. 0208-57011
Fax 0208-57012

E-Mail: za.th.burkhardt@t-online.de
Web: www.zahnarzt-burkhardt.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 Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Thomas Burkhardt

Patient/in	Name		Vorname		geb.am
					Geburtsname
	Geburtsort				
Mitglied Zahlungspflichtige/r bei Kindern Erziehungsberechtigte/r	Name		Vorname		geb.am
Anschrift	Strasse, Hausnr.				privat
					geschäftlich
	Ort				Handy
					Fax
PLZ	Email				
gesetzliche Krankenkasse	Bezeichnung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
				Abrechnung per Kostenerstattung	
private Versicherung	Bezeichnung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
				Basistarif/Standardtarif?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				beihilfeberechtigt?	
Arbeitgeber	Namen / Firmenbezeichnung			Beruf	
Hausarzt	Name/Adresse			Rufnummer	
empfohlen durch					

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, nach GOZ 2012 berechnen werden.

Leiden Sie oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffende bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ich besitze einen Herzpass
- Vom Hausarzt wurde eine Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika empfohlen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Schnarchen

Krebserkrankungen

Wenn ja, welche?

Leber, Magen, Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit
- Hepatitis A/B/C

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Blut

- Gerinnungsstörung
- auch bei Blutsverwandten (Hämophilie A/B)

Allergie/Überempfindlichkeit gegen

- Gräser/Pollen
- Medikamente
- Jod
- Latex z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

Schwangerschaft

- Sind Sie schwanger? (Woche? _____)

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- AIDS/HIV
- Zustand nach Organtransplantation
- Zustand nach Chemotherapie oder Bestrahlung

Tabakkonsum

- Rauchen Sie
- ja nein
- Wenn ja, wie viel durchschnittlich?

Alkoholkonsum

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- ja nein
- Wenn ja, wie regelmäßig?

Wie viel?

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

- ja nein

Knochen

- Osteoporose
- Ich wurde in der Vergangenheit/zeit mit Bisphosphonaten behandelt
- Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Medikamenteneinnahme

- Gerinnungshemmende Medikamente
- Dauerhaft in den letzten Tagen
- Aspirin (ASS)
- Macumar
- Ticlopidin
- Clopidogrel (Plavix)

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

Welche?

Sonstiges:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift