

Herzlich willkommen!

Für eine individuelle, auf ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns STRENG VERTRAULICH behandelt.

Vielen Dank!

Patient (Name, Vorname)	geb.
Versicherter (Name, Vorname)	geb.
<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Mutter/Vater	
Straße und Hausnummer	
Wohnort	
Tel.-Nr. privat/mobil	
e-mail	
Beruf	
Arbeitgeber	
Krankenkasse	
Empfohlen durch:	
Grund des Zahnarztbesuchs	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/>



Praxis für Zahngesundheit & Prophylaxe

Ivo Diercks & Kathi Chammas • Kirchhofallee 85 • 24114 Kiel • Tel. 0431 – 672120

www.zahnmed-kiel.de



PRAXIS FÜR

Ivo Diercks | Kathi Chammas

ZAHNGESUNDHEIT & PROPHYLAXE

Risiko-Anamnese..	ja	nein
Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Überempfindlichkeit gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
Was wurde geröntgt?		
Leiden Sie an...		
Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten, Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, z.B.		
Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen		
Hinweis: Um Ihre Wartezeiten so gering wie möglich zu halten und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen.		
Datum	Unterschrift des Patienten	



Praxis für Zahngesundheit & Prophylaxe

Ivo Diercks & Kathi Chammas • Kirchhofallee 85 • 24114 Kiel • Tel. 0431 – 672120

www.zahnmed-kiel.de