



Praxis Dr. Markus Zapf & Kollegen
Zahnärzte, Oralchirurg, Implantologe
Hauptstr. 55, 68804 Altlußheim
www.praxis-dr-zapf.de

Praxis Dr. Zapf & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis und vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken.

Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Arbeitgeber:

Krankenversicherung:

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Allergien ja nein

Infektionskrankheiten ja nein
z. B. Hepatitis/ HIV

Anfallserkrankungen ja nein

Leber/Nierenerkrankung ja nein

Bluthochdruck ja nein

Lungenerkrankung ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Diabetes ja nein

Rheumatische Erkrankung ja nein

Herzerkrankung ja nein

Immunschwäche ja nein

Herzinfarkt ja nein

Schlaganfall, Lähmung ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Sonstige Erkrankungen?

Wurde von Ihnen in den letzten 12 Monaten
beim Zahnarzt Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja nein

Bitte wenden

Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt? ja nein

Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen festgestellt, die Sie nicht mit der Zahnbürste entfernen können? ja nein

Sind Sie schon über Prophylaxe/professionelle Zahnreinigung informiert worden? ja nein

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnpflege?

- Zahnbürste Elektrische Zahnbürste Interdentalbürsten
 Zahnseide Zahnhölzer
 Mundspüllösungen Fluorid Gel
-

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne?
z.B. Zahnfarbe oder Zahnstellung?
Wünschen Sie Informationen über Amalgamentfernung?

Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche, Anregungen?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
Empfehlung von Bekannten/ Internet/ Gelbe Seiten?

Information für unsere überwiesenen Patienten:

Nach der OP erfolgt die Weiterbehandlung durch den überweisenden Hauszahnarzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Um den Zahnersatzbonus der Krankenkasse nicht zu verlieren, möchte ich an die Vorsorgeuntersuchung rechtzeitig erinnert werden.

Datum, Unterschrift