



Dr. Volker Zinke | Dr. Friederike Dauter
PRAXIS FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE |
ORALCHIRURGIE | IMPLANTOLOGIE |
ALLG. ZAHNHEILKUNDE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bitte füllen Sie diesen Bogen bei Ihrem ersten Besuch aus! Alle Ihre Angaben, Untersuchungsergebnisse und Behandlungen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient/ Versicherter:	Name	Vorname	Geb.-Datum
	Straße	Hausnummer	Tel.-Nr.
	Postleitzahl	Ort	E-Mail:
Beruf/Arbeitgeber:		

IM INTERESSE EINER KOMPLIKATIONSLOSEN BEHANDLUNG BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN.

(Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Leiden Sie an Erkrankungen des Kreislaufes, Herzens (Schrittmacher, Herzklappe)?	ja/nein
Wenn ja, besitzen Sie einen Herzpass?	ja/nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)?	ja/nein
Innere Krankheiten (Diabetes usw.)?	ja/nein
Osteoporose? Wenn ja, welche Medikamente?	ja/nein
Monatliche Spritze gegen Osteoporose?	ja/nein
Bluterkrankungen (Gerinnungsstörungen)?	ja/nein
Arzneimittelüberempfindlichkeit, Allergie?	ja/nein
Krebserkrankungen? Wenn ja, wann, wo und welche Therapie wurde angewandt (OP, Chemotherapie, Bestrahlung)?	ja/nein
Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche?	ja/nein

.....

.....

Rauchen Sie?	ja (..... Zigaretten/Tag)/nein
Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	ja/nein
Letzte Röntgenuntersuchung?	
Überwiesen durch:	

Folgendes gilt nur für unsere Stammpatienten:

Wünschen Sie, in unser Erinnerungssystem für regelmäßige Zahnuntersuchung (Recall) aufgenommen zu werden?	ja/nein
---	---------

Datum:	Unterschrift:
---------------------	----------------------------

Selbstverständlich ist das gesamte Praxisteam bemüht, Ihren Aufenthalt unter den gegebenen Umständen so angenehm wie möglich zu gestalten. Für Anregungen zur Verbesserung des Praxisablaufes sind wir außerordentlich dankbar! Herzlichen Dank!