

Zahnärzte am Volkspark
Dr. Klaus Gerlich & ZÄ Sabah Akouh

Zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft
Elberfelder Str. 45 - 58095 Hagen - Tel.: 02331/23315

Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen zuwenden können, benötigen wir noch Ihre Personalien sowie Auskunft über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Wir verarbeiten Ihre Daten mit größtmöglicher Sorgfalt im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Name:.....Vorname:.....

geb. am:.....Geburtsort:.....

Straße:..... PLZ, Ort:.....

Telefon privat:.....Telefon.beruflich:.....

Beruf:..... Arbeitgeber:.....

Krankenkasse:

Versichert über (-Vater, -Ehemann..) **Name:**.....

Hausarzt: Tel:.....

Leiden Sie an:

Osteoporose? Ja - bekommen Sie Bisphosphonate? Ja , als Tablette / als Spritze (intravenös) Nein

Asthma? Ja – nehmen Sie Medikamente? Ja – welche: Nein

Multiple Sklerose? Ja – nehmen Sie Medikamente? Ja , welche:..... Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)? Typ I / Typ II , Medikamente? Ja , welche:..... Nein

Bluthochdruck? Ja / Niedriger Blutdruck? Ja , Medikamente? Ja , welche:..... Nein

Epilepsie?: Ja , Medikamente? Ja , welche: Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja , Medikamente? Ja , welcheNein

Blutarmut (Anämie)? Ja , Medikamente? Ja , welcheNein

Depressionen? Ja , Medikamente? Ja , welche: Nein

AD(H)S? Ja , Medikamente? Ja , welche: Nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja -wann?..... Nein

Bitte wenden! →

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja – welche?Nein

Besteht eine Herzerkrankung? / Ja - welche:..... Nein

→ Bei ja: ist hierfür eine Endokarditisprophylaxe (Medikament / Antibiotikum vor (zahnärztlichen) Behandlungen / Operationen) notwendig? Ja -welches:.....

Weiß ich nicht Nein

Tragen Sie ein Implantat (Herz, Hüfte, Zahn, Brust)? Ja -wo?..... Nein

→ Bei ja: ist hierfür eine Antibiotikaprophylaxe (Antibiotikum vor (zahnärztlichen) Behandlungen / Operationen) notwendig? Ja -welches:.....

Weiß ich nicht Nein

Leiden Sie an einer Augenerkrankung? Ja -welche?..... Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten? Hepatitis -A / -B / -C HIV (Aids) Tuberkulose Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja -welche?..... Nein

Besteht eine Suchtkrankheit? -Alkohol / -Drogen Nein

Sind bei Ihnen Allergien (Allergiepass) / Überempfindlichkeiten bekannt)?

welche? Nein

Neigen Sie zur Ohnmacht (z. B. bei der Betäubung)? Ja Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Ja , welche: Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja - welche Schwangerschaftswoche? Nein

Letzter Zahnarztbesuch war ca. bei:

Wurden dort in letzter Zeit Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt? Ja / Nein

Bitte sagen Sie Termine 24 Stunden vorher ab! Bitte beachten Sie, dass wir Folgetermine streichen, wenn von Ihnen keine Absage / Rückmeldung kommt.

Bei Nichtvorlage der Versichertenkarte kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen eine Privatliquidation erstellt werden.

Hagen, Datum: Unterschrift: