

Angaben zur Zahnbehandlung

1. Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt immer gut vertragen? ja nein
2. Wann wurde das letzte, zahnärztliche Röntgenbild erstellt?
 vor kurzem ist länger her noch nie
3. Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?
 nein etwas ja, sehr

Haben Sie Fragen oder Wünsche, die Sie uns schriftliche mitteilen möchten?

Schweigepflichtentbindung: Gegenüber folgenden Personen (z.B. Ehepartner, Kinder, Eltern) entbinde ich die Praxis Dr. Raidl & Partner von der Schweigepflicht:

Name, Vorname Geburtsdatum Name, Vorname Geburtsdatum

darf medizinische Auskünfte über mich erhalten, Rezepte und Röntgenbilder in der Praxis abholen. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch:

Inserat Flyer Internet Empfehlung Zufall

Sonstiges? _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben von Dr. Raidl & Partner in Papierform und elektronisch gespeichert werden dürfen. Meine persönlichen Daten dürfen nicht an andere Dritte weiter gegeben werden und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden.



Dr. Raidl & Partner
Praxis für zahnärztliche Implantologie

Herzlich willkommen!

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Zufriedenheit mit unserer Leistung ist uns ein ebenso wichtiges Anliegen, wie Ihr Wohlbefinden in unserer Praxis während Ihres Aufenthalts.

Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch noch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie eine eventuelle Krankenvorgeschichte.

Ihre Angaben sind sehr wichtig für eine richtige und risikoarme Behandlung. Selbstverständlich werden Ihre gesamten, persönlichen Daten von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Persönliche Angaben

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon _____
PLZ _____ Mobil _____
Ort _____ Fax _____
Straße _____ Mail _____
Krankenkasse _____ gesetzlich privat
Private Zusatzversicherung _____ ja nein
Hausarzt _____ Telefon* _____
PLZ/Ort* _____ Straße* _____
Beruf _____
Arbeitgeber _____ Telefon* _____
PLZ/Ort* _____ Straße* _____

Versicherte Person (Angaben nur falls abweichend zu oben/bei Minderjährigen)

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Mobil _____
Straße _____ Mail _____

Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____
- Welche weiteren Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?
Herzerkrankungen z. B. Infarkt, Endokarditis ja nein
 Hoher / niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Osteoporose ja nein
Zuckerkrankheit/Diabetes ja nein
Infektionskrankheiten z. B. HIV/Aids, Hepatits, Tbs ja nein
Anfallsleiden z. B. Epilepsie ja nein
Tumorerkrankungen _____
Sonstige Erkrankungen _____
- Haben Sie Allergie/n? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Tragen Sie ein künstliches Gerät z. B. Herzschrittmacher Hörgerät? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Tragen Sie ein transplantiertes Organ? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie Raucher? ja nein
- Frauen: Sind Sie schwanger? ja _____ Monat nein