

**Zahnärztin
Regina Port**

03 Nr.1 - 68161 Mannheim - Tel: 0621-1815796 - Fax: 0621-1815797

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientendatei mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname
Anschrift
PLZ

Datum

Telefon (privat): _____ Telefon (geschäftlich): _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Möchten Sie in unser Recall -Programm (Erinnerungs -Programm) aufgenommen werden Ja ___ Nein ___

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankungen: Ja ___ Nein ___

Herzschrittmacher: Ja ___ Nein ___

Hoher Blutdruck: Ja ___ Nein ___

Niedriger Blutdruck: Ja ___ Nein ___

Ohnmachtsneigung: Ja ___ Nein ___

Asthma/
Lungenerkrankungen: Ja ___ Nein ___

Marcumar /
Gerinnungshemmer: Ja ___ Nein ___

Bluterkrankung /
Blutungsneigung: Ja ___ Nein ___

Hepatitis /
Lebererkrankungen: Ja ___ Nein ___

HIV: Ja ___ Nein ___

Schilddrüsenerkrankung: Ja ___ Nein ___

Nierenerkrankung: Ja ___ Nein ___

Magen- /
Darmerkrankung: Ja ___ Nein ___

Nasen-/
Nebenhöhlenerkrankung: Ja ___ Nein ___

Rheuma: Ja ___ Nein ___

Diabetis: Ja ___ Nein ___

Epilepsie: Ja ___ Nein ___

Raucher: Ja ___ Nein ___

Allergien: Ja ___ Nein ___ Wenn ja, welche: _____

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?
Wenn JA, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich?
Wenn JA, welche: _____

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente? _____

Für unsere weibl. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja____Nein____

Grund Ihres Besuches

Zahnschmerzen: Ja____Nein____

Zahnfleischbluten: Ja____Nein____

Migräne / Kopfschmerzen: Ja____Nein____

Kiefergelenksbeschwerden: Ja____Nein____

Knirschen: Ja____Nein____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Was haben Sie bei Ihrem bisherigen Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen: Ja____Nein____

Wenn ja, möchten Sie Ihre Behandlung angstfrei und entspannt erleben: Ja____Nein____

Starke Schmerzempfindlichkeit: Ja____Nein____

Starker Würgereiz: Ja____Nein____

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung: Ja____Nein____ Bleaching (weiße Zähne): Ja____Nein____

Zahnästhetik /
Kosmetik / Ihr Lächeln: Ja____Nein____ Zahnfarbende Füllung: Ja____Nein____

Amalgamsanierung/
Quecksilberausleitung: Ja____Nein____ Implantatversorgung: Ja____Nein____

Die Krankenversichertenkarte wird bei jedem Besuch in der Praxis benötigt. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Wir möchten Sie darauf hinweisen, Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig abzusagen, damit dieser andersweitig vergeben werden kann und somit Ausfallkosten vermieden werden.

Wir klären hiermit auf, dass eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung des Nervus Mandibularis führen kann.

Hiermit verpflichten Sie sich uns umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen, zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum_____

Unterschrift_____

P.S. Sie finden uns auch bei Facebook:www.facebook.com/zahnarztpraxis.regina.port