



Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. Machon & Kollegen

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Name:	Vorname:	geb. am:
Straße:	Ort:	Festnetznummer:
Mobil:	Email:	

Falls mitversichert, bitte folgend Angaben zum Hauptversicherten

Name:	Vorname:	geb. am:
Straße:	Ort:	

Besteht oder Bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-Kreislauf

- Hochdruck
- Niederdruck
- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Rhythmusstörungen
- Herzoperationen
- Klappenersatz
- Haben Sie einen Herzpass?

Medikamente

- Bisphosphonate
- Xarelto
- Marcumar
- ASS (Aspirin) täglich

Allergien

- Penicillin
- Asthma
- Metalle: _____
- Kunststoffe: _____

Infektionskrankheiten

- HIV/ AIDS
- Hepatitis (Gelbsucht)
- Wenn ja, TYP? _____
- Creutzfeld-Jacob
- Tuberkulose
- _____

Sonstige Erkrankungen

- Nierenerkrankung
- Anfallsleiden
- Hoher Augendruck
- Diabetes

Sonstige Fragen

- Letzte Röntgenaufnahmen wann? _____
- besteht eine Schwangerschaft?
- Rauchen Sie?

Haben Sie Beschwerden?

- Zahnschmerzen
- Mundgeruch
- störende Zahnlücke
- Zahnfleischbluten
- dunkle Zahnfarbe
- Kopfschmerzen
- Zahnfehlstellung
- _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Praxisschild
- Internetsuche nach: _____
- Jameda
- Empfehlung durch: _____

Wie dürfen wir Sie an einen bevorstehenden Termin erinnern?

- SMS/Email
- Telefonisch
- Ich möchte auch an nötige Routineuntersuchungen /PZR erinnert werden

Bei Terminabsagen, bis spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin fallen keine Kosten an. Bei Terminabsagen, die weniger als 48 Stunden vorher erfolgen, wird der volle Stundensatz gemäß der vereinbarten Termin Dauer fällig.

Wir fertigen zum Zweck der Behandlungsdokumentation Fotografien an.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und erklären sich damit einverstanden.

Frickenhäuser, den _____

Unterschrift _____