



Dr. Sandra Eggert
Niederwall 9
33602 Bielefeld

☎ 0521 / 13 77 33
✉ mail@zahnaerzte-am-niederwall.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht!

Patient

Weiblich Männlich Divers

Nachname		Vorname		Geburtsdatum/Geburtsort	
Mobilnummer		Festnetz		E-Mail	
Straße		PLZ		Wohnort	

Krankenkasse/Versicherung

Versicherung					
Ggf. Nachname Versicherungsnehmer		Vorname		Geburtsdatum	

Beruf

Tätigkeit		Unternehmen/Behörde		Ggf. Telefon dienstlich	
-----------	--	---------------------	--	-------------------------	--

Für gesetzlich versicherte Patienten: Beim Besuch unserer Praxis sollten Sie Ihre Krankenversichertenkarte bei sich führen. Da wir ohne Versichertenkarte die erbrachten Leistungen mit Ihrer Versicherung nicht abrechnen können, müssen wir Ihnen die Leistung nach der GOZ in Rechnung stellen.

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung/professionelle Zahnreinigung erinnert zu werden?

Ja, per E-Mail Ja, per Brief Nein

Bedenken Sie bitte, dass Patienten mit Beschwerden in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, wodurch es zu Zeitverzögerungen kommen kann! Trotzdem sind wir bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.

Ebenfalls bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!

Gesundheitsfragebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	ja	nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse, Telefonnummer: _____		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ _____ _____		
	Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonat) ein?	ja	nein
	Haben Sie früher solche Medikamente eingenommen?	ja	nein
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein
Augenerkrankungen:	Leiden Sie unter erhöhtem Augeninnendruck (Glaukom)?	ja	nein
Herzkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?	ja	nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	ja	nein
	Angina pectoris?	ja	nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck?	ja	nein
	Zu niedriger Blutdruck?	ja	nein
	Zustand nach Herzinfarkt?	ja	nein
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	ja	nein
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ein?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Stoffwechsel-erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	ja	nein
	Magen-Darmerkrankungen?	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankungen?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle?	ja	nein
	Krämpfe?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Bluterkrankungen:	Erhöhte Blutungsneigung (Hämophilie)?	ja	nein
	Blutarmut?	ja	nein
	Sonstiges? _____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A / B / ____)?	ja	nein
	Tuberkulose?	ja	nein
	Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc.?	ja	nein
	Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?	ja	nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
	Sonstiges? _____		
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	ja	nein
Pflegegrad:	Haben Sie in einen Pflegegrad?	ja	nein
Zusatzversicherung:	Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?	ja	nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____