

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dres. Mahlke



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

geb.am:.....Straße/Haus-Nr.

PLZ:.....Ort:.....

Tel.:.....Handy:.....

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

Tel.:(Arbeitgeber):..... (wird nur in Ausnahmefällen benutzt)

Name und Ort Ihres Hausarztes:

Erkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden
(z.b.Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-
Krankheit | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie:
..... |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/Asthma | <input type="checkbox"/> sonstige Allergie:
..... |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:
..... |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:
..... |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:
..... |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:
..... |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wieviel? (pro Tag) | | |

Hatten Sie schon einmal einen Zahnunfall? Ja Nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche:.....(ggf. Medikamentenliste)

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

- Nein Aspirin (ASS) Marcumar Andere

Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wir bitten Sie, uns alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Telefonnummer umgehend mitzuteilen!

Achtung: Wir behalten uns vor, Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:..... Unterschrift:.....(ggf. Erziehungsberechtigter)