



HERZLICH WILLKOMMEN, LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT.

Wir möchten Sie nun bitten, einige, wichtige Angaben zu machen.

Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert. So können wir Zeit einsparen, die wir dann Ihnen wieder zugute kommen lassen.

Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir – das ganze Praxisteam - gebunden sind.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen gerne bei Fragen zu Verfügung.

Vorname / Name

Geburtstag

Geburtsort

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse / Versicherung

Grund des Besuchs

überweisender Arzt / Zahnarzt /

Heilpraktiker

Daten des Hauptversicherten

Vorname / Name

Geburtstag

Straße

PLZ / Wohnort

Wünschen Sie eine Erinnerung
zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung?

nein ja, per Post E-Mail SMS

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Existieren von Ihnen aktuelle Röntgenbilder
aus den letzten 12 Monaten ?

nein Wenn ja, wo ?

Bitte veranlassen Sie vor Ihrem Termin bei uns die Übermittlung per Post
oder per Email: praxis@zahnheilkunde-drmueller.de

**Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können
ist es wichtig, dass Sie auch die folgende Fragen auf der Rückseite gewissenhaft beantworten.**

BITTE WENDEN!



Dr. Rainer Müller

Biologische Zahnheilkunde

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

- Herz oder Herzklappe nein ja
- Lunge (Asthma) nein ja
- Leber nein ja
- Nieren nein ja

- Schilddrüse nein ja
- Magen-Darm-Trakt nein ja
- Gelenken (Rheuma) nein ja

Haben oder hatten Sie jemals....

- hohen oder niedrigen Blutdruck nein ja
- hohen Blutzucker (Diabetes) nein ja
- Epilepsie nein ja
- Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) nein ja
- einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall nein ja

- Grünen Star nein ja
- eine Störung der Blutgerinnung nein ja
- Tuberkulose nein ja
- HIV-Infektion nein ja
- eine Operation am Herzen nein ja
(z.B. Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe)

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, Woche: _____

Rauchen Sie? nein ja, am Tag etwa (Stück): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten nein ja, welche: _____

(z.B. gegen Medikamente oder Materialien)?

Sonstige Krankheiten oder wichtige Angaben _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank!