



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

Berger Straße 40–42

60316 Frankfurt

Telefon 069 444996

Fax 069 43054751

praxis@zahnaerztin-drmarian.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben und werden alles tun, damit Sie mit dieser Entscheidung langfristig zufrieden sind.

Mit Ihren Antworten auf die folgenden Fragen geben Sie uns Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung individuell planen und Risiken vermeiden können. Natürlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team der Zahnarztpraxis

Dr. Dana L. Marian

Vorname, NAME: _____ geboren am: _____

Straße/Nr., PLZ/Ort: _____

Telefon privat / geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: privat bei _____

gesetzliche Krankenkasse: _____

Mitglied freiwillig versichert Rentner

familienversichert; Versicherter: _____

geboren am: _____

Name / Adresse des Hausarztes: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Welche Beschwerden oder Wünsche haben Sie zur Zeit?

Sind Sie allergisch? Nein Ja, gegen _____

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?

Nein Ja, gegen _____

Bitte kreuzen Sie an, welche Gesundheitsstörungen bei Ihnen bestehen:

zu hoher / zu niedriger Blutdruck

Lebererkrankungen

Herzleiden

Magen-/Darmerkrankungen

Zuckerkrankheit

epileptiforme Anfälle

Lungenerkrankung (welche?)

Blutungsneigung

Hepatitis/Gelbsucht

Nierenleiden

Nur für Patientinnen: Sind Sie
schwanger? Nein

Schilddrüsenerkrankungen

Ja, im ____ Monat

HIV positiv Nein Ja

Sonstige Erkrankungen Nein Ja (welche?)

Vorname, NAME: _____

Nehmen Sie Medikamente (z. B. gerinnungshemmende Mittel)?

Nein Ja (welche?) _____

Gab es Komplikationen nach Betäubungsspritzen, bei der Zahntfernung oder sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen? Nein Ja (welche?)

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Nein Ja

Haben Sie Erkrankungen des Zahnfleisches bemerkt? Nein Ja

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? Nein Ja

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Nein Ja

Haben Sie öfters Kopf- oder Nackenschmerzen? Nein Ja

In Ihrem eigenen Interesse bitte wir Sie noch um Ihre Zustimmung zu folgenden Punkten:

AUSKUNFT VON IHRER KRANKENKASSE

Ich bin damit einverstanden, dass unsere Praxis die für Ihre Behandlung notwendige Auskünfte bei Ihrer Krankenkasse einholt. **Ja** Nein

RECALL

Sie müssen sich nicht mehr um Termine für Kontrolluntersuchungen oder Vorsorge-
maßnahmen kümmern. Wir benachrichtigen Sie. **Ja** Nein

Ich erkläre, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.

Datum

Unterschrift