## Zahnarztpraxis Dr. Astrid Meißner Bühler



## Habsburgerstr.60,79104 Freiburg 0761/34034 info@meissner-praxis.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sind streng vertraulich und freiwillig.

Name	Vorname	geb.		
Versicherter				
Name	Vorname	geb.		
Anschrift				
Straße und Postleitza	hl			
Tel.:	Handy:	Email:		
Krankenkasse:				
☐ gesetzliche ☐ Private Krankenkasse ☐ Standard/Basistarif ☐ zusatzversichert				
Beruf/Arbeitgeber:				
Empfohlen/überwiese	n durch:			
Sind sie schon einmal im Kopf/Kieferbereich/Zähne geröntgt worden ? Wann ?				
Besteht eine Schwang	erschaft ? Monat ?			
Raucher: □ Ja		Nein		
Allgemeine medizinische Auskünfte:				
Nehmen Sie regemäßig Medikamente ein ?				
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?				
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ?				
Harzarkrankungan 2				

Haben Sie einen Herzschrittmacher ?
Kreislauferkrankungen ?
Blutkrankheiten ?
Stoffwechselstörungen ( Diabetes, Schilddrüse )?
Infektionskrankheiten ( Aids, Hepatitis, TBC ) ?
Allergien ( Heuschnupfen, Metalle, Asthma, Neurodermitis )?
Gehirn/Nervenerkrankungen ( Depressionen, Anfallsleiden )?
Nierenerkrankungen?
Sonstige Erkrankungen ?
Zahnmedizinische Auskünfte:
Welches Füllungsmaterial wünschen Sie ?
Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf ?
Traten schon einmal Komplikationen auf bei einer zahnärztlichen Behandlung ?
Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.
Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:
Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, abzusagen, damit wir den Termin für jemand anderen nutzen können.
Um unseren Patienten regelmäßige Erinnerung an Kontrolltermine (Bonusheft ) zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem Recall Service an.
Ich möchte daran teilnehmen: JA □ Nein □
Unterschrift Ort/Datum