

Zahnarztpraxis Bidaa Othman
Herzlich Willkommen in meiner Praxis!

Patient: **Hauptversichert (Fam. Versichert)**
Name: **Name:** _____
Vorname: **Vorname:** _____
Geburtsdatum: **Geburtsdatum:** _____
Adresse: _____
Geburtsort: _____
Tel. Festnetz: _____
Mobilnummer: _____
E-Mail: _____

Ihr Hausarzt (Name, Ort): _____

Allergien: Gegen welche **Medikamente/Materialien** besteht bei Ihnen die **Überempfindlichkeit**?

Herz/Kreislauf:	Erhöhter Blutdruck?	ja o nein o
	Niedriger Blutdruck?	ja o nein o
	Angina pectoris/Herzinfarkt?	ja o nein o
	Schlaganfall? Wenn ja, wann?	ja o nein o
	Herzschrittmachen? Wenn ja, seit wann?	ja o nein o
	Herzfehler (Herzpass, Endokarditis-Ausweis)?	ja o nein o
	Blutgerinnungshemmer? ASS o Marcumar o Eliquis o?	ja o nein o

Medikamente: Welche **Medikamente** nehmen Sie **regelmäßig** ein?

Rauchen sie? Wenn ja, wieviel Täglich? _____	ja o nein o
Diabetes mellitus? Wenn ja, welcher Typ? _____	ja o nein o
Asthma?	ja o nein o
Epilepsie?	ja o nein o
Migräne?	ja o nein o
Hepatitis/HIV? Wenn ja, welche Art? _____	ja o nein o
Rheuma?	ja o nein o
Osteoporose?	ja o nein o
Einnahme/Spritzen v. Bisphosphonaten , z.B. Alendronsäure, etc.?	ja o nein o
Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche	ja o nein o
Sonstige Erkrankungen? _____	ja o nein o
Schilddrüsenerkrankung?	ja o nein o
Besteht/Bestand eine Krebserkrankung? Art: _____	ja o nein o
Wenn ja, seit wann? _____; Ende der Behandlung? _____	
Sind Sie Angstpatient?	ja o nein o
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	ja o nein o

Wünschen sie eine **Erinnerung** an Ihre Kontrolluntersuchung und professionelle Zahnreinigung?
E-Mail o Anruf o nein o

Termine, die ausschließlich für mich reserviert sind und die ich nicht einhalten kann oder will, werde ich **spätestens 24 Stunden vorher absagen**, da sonst die entstandenen **Kosten in Rechnung** gestellt werden § 615 BGB.

Wolfsburg, 6. Juli 2021

Max Mustermann