

Herzlich Willkommen

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen



Dr. med. dent.
WERNER GADSCH
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Um für Sie geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

versichert bei _____
Elternteil/Partner Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
Straße _____ Postleitzahl/Wohnort _____
Telefon privat/Handy _____ Telefon geschäftlich _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherung _____
 gesetzlich beihilfeberechtigt
 privat Basistarif bis Faktor _____

Überweisender Zahnarzt / Empfehlung durch _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem? _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- Erkrankungen des Herzens/Kreislaufs/Blutdrucks** _____
- angeborener Herzfehler/künstliche Herzklappe/Herzmuskelentzündung/Endokarditis**
- Herzinfarkt – wann?** _____ **Schlaganfall – wann?** _____
- Blutgerinnungsstörungen/„Blutverdünner“** _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, Tbc, usw.)** _____
- innere Erkrankungen (Asthma, Zucker, Grüner Star/Glaukom, Leber-, Nierenerkrankung...)** _____
- Tumorerkrankung/Krebs - wann?** _____ **mit Bestrahlung** **mit Chemotherapie**
- Osteoporose** **Bisphosphonat-Medikament/Infusion** _____
- Allergiepass** **Allergie gegen** _____
- Alkoholmissbrauch** **Drogenmissbrauch** _____
- Schwangerschaft** **Sonstiges** _____
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Falls ja, welche?** _____

Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? ja/stark nein/kaum

Haben Sie Interesse an einer homöopathischen Begleittherapie? Sprechen Sie uns bitte darauf an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten / nach Injektionen herabgesetzt sein kann. Der Zusendung eines Behandlungsberichtes sowie eventuell angefertigter Röntgenbilder an den überweisenden Zahnarzt/Arzt stimme ich zu

Höchststadt, den _____ Unterschrift _____

Grundsätzlich sollten **beide** Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.