

Professor UF, USA Dr. med. dent. M. Bender

Sehr geehrte(r) Patient(in),

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterin am Empfang. **Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.(privat): _____ Tel.(geschäftl.): _____

Tel.(mobil): _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt (Name, Anschrift): _____

Krankenkasse: _____

Art der Versicherung:

- gesetzlich freiwillig private Zusatzversicherung
 private Versicherung Beihilfe privat nach Basistarif

Wir bieten unseren Patienten im Rahmen eines **Wiederbestellsystems (Recall)** an, Sie alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin zu erinnern.

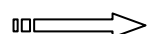
Ich möchte erinnert werden: ja nein

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? Internet / gelbe Seiten / Praxisschild
Anzeige / Empfehlung / sonstiges

Haben Sie zurzeit Schmerzen? ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Bitte füllen Sie die nächste Seite bezüglich Ihrer Vorerkrankungen aus, damit wir Sie optimal betreuen können.



Folgende Erkrankungen können Auswirkungen auf die Zahnärztliche Behandlung haben:

Erkrankung:	Ja	Nein	Wenn ja, welche?
Herz-/Kreislaufkrankung: (z. B. hoher/niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten: (Hepatitis, AIDS, TBC oder sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien/Überempfindlichkeiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Innere Krankheiten: (z.B.: Schilddrüse, Leber, Nieren, Magen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen (z.B.: Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (z.B.: Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose: Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen/Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenmetastasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie andere Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Suchterkrankungen Alkohol/Drogen/Medikamente/Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?			_____

Teilen Sie uns bitte Änderungen zu diesen Angaben vor der Behandlung mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.
Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben: Köln, den _____
(Datum, Unterschrift)