



Zahnärztehaus Buchholz
Dr. Caroline Cordesmeyer
Fachzahnärztin für Oralchirurgie
& Kollegen

Hamburger Straße 6
21244 Buchholz
Tel.: 04181-9423900
Fax: 04181-9423901

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter.

Ihr Praxisteam

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vor- und Nachname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	eMail		
Hauszahnarzt	sonstiges		
Krankenkasse	Haben sie eine zusätzliche private Krankenversicherung?		
Überweisender Zahnarzt	Sind sie beihilfeberechtigt?		
Hausarzt			

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Haben Sie zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz- und Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch?

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen

Regieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?

wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Sind Ihre Mandeln oder Polypen entfernt wurden?

wenn ja, wann?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Datum:

Organ:

Atmen Sie durch den Mund oder durch die Nase?

Schlafen Sie mit offenem Mund?

Knirschen Sie am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Haben Sie einen Sprachfehler?

Haben Sie einen Unterricht in Sprecherziehung besucht?

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

wenn ja, welches?

Sonstige Bemerkungen

Buchholz, den

Unterschrift

Unterzeichner in Druckbuchstaben