



dr. med. dent.
**andré
 kruse**
zahnarzt

Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, 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.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.am Tel.privat

Versicherter
 (falls abweichend)

Name Vorname geb.am Ehepartner Mutter/Vater

Strasse | Wohnort

Krankenkasse

Beruf

Wie sind Sie auf uns Internet sonstige
 aufmerksam geworden? Gelbe Seiten empfohlen durch

Grund Ihres Zahnarztbesuchs: Kontrolluntersuchung Beratung Zahnschmerzen

Risiko -Anamnese:

ja nein

Leiden Sie an:

ja nein

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? ja nein

Herz-oder Kreislaufkrankungen? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Ohnmachtsneigung? ja nein

Überempfindlichkeit gegen Medikamente? ja nein

Bluterkrankheit, Blutungsneigung? ja nein

Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen? ja nein

Allergien? ja nein

Hatten Sie Gelbsucht? ja nein

Rheuma? ja nein

(Nur für Patientinnen)
 Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? ja nein

Diabetes? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Ich möchte über folgendes beraten werden:

- Implantate
- Zahnersatz
- hochwertige Zahnfüllungen
- ästhetische Zahnbehandlung
- Programm: "gesunde Zähne - ein Leben lang"
- Sonstiges

AIDS, Hepatitis? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein

Datum der letzten Röntgen- Untersuchung: _____ Was wurde geröntgt: _____

Hinweis: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte beachten Sie, dass wir gegebenenfalls versäumte Termine in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift des Patienten

X

Praxis für innovative und ästhetische Zahnmedizin