

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie medizinisch korrekt zu behandeln und auf Ihre individuellen Bedürfnisse besser eingehen zu können, wollen wir über Ihre gesamte Gesundheit einen Überblick bekommen. Wir bitten Sie, den vorliegenden Bogen nach bestem Wissen auszufüllen. Herzlichen Dank!

Bürgermeister-Rühl Str. 9
64832 Babenhausen

☎ 0 60 73 / 7 11 18-8

☎ 0 60 73 / 7 11 18-6

✉ kontakt@zahnarzt-graff.de

🌐 www.zahnarzt-graff.de

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Telefonnummer:

Mobil:

Beruf:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Ich bin: *pflichtversichert*

privat versichert

Ggf. Name und Geburtsdatum des Pflichtversicherten (Erziehungsberechtigten):

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? / Empfohlen durch?

Was ist ihr Anliegen?

Es besteht die Möglichkeit, dass wir Sie für die nächste Vorsorgeuntersuchung telefonisch, per Post oder per E-Mail benachrichtigen. Bitte sprechen Sie uns an.

Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher abzusagen! Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Wiederholungsfall eine Ausfallgebühr berechnen müssen.

Bitte Rückseite beachten!

Haben oder Hatten Sie folgende Erkrankungen?

Ja Nein

Bemerkungen

- Asthma**
- Häufiger Kopfschmerz, Migräne**
- Diabetes** (Zuckerkrankheit)
- Herzerkrankung** (z.B. Infarkt, Schrittmacher, Rhythmusstörungen, Klappenersatz)
- Blutdruckstörung** (Hoch oder Niedrig)
- Blutgerinnungsstörungen**
- Osteoporose** (oder Bisphosphonateinnahme)
- Infektionserkrankung** (z.B. HIV, Hepatitis)
- Allergien, Unverträglichkeiten**
- Leber- oder Nierenerkrankung**
- Magen-, Darmerkrankung**
- Erhöhter Augeninnendruck** (Glaukom)
- Epilepsie** (Anfallsleiden)
- Schilddrüsenerkrankung**
- Tumorerkrankung**
- Psychosomatische Erkrankung** (Depression)
- Sonstige Erkrankung**
- Hatten Sie OP's im Mund,-Kieferbereich?**
- Besteht eine Schwangerschaft?** (SSW)

Nikotinkonsum: stark mittel gering keinen

Alkoholkonsum: stark mittel gering keinen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (z.B. ASS, Marcumar):

Datum:

Unterschrift:

Aktualisiert (Datum, Unterschrift Patient):

Aktualisiert (Datum, Unterschrift Patient):

Aktualisiert (Datum, Unterschrift Patient):