

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis!

Um Ihre Behandlung gewissenhaft und vollumfänglich durchführen zu können, benötigen wir ein paar Informationen. **Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Name:

Vorname:

Anschrift:

geb. am:

E-Mail:

Versichertenstatus: gesetzlich
 private Zusatzversicherung
 privat

bei:

Telefon (privat):

Telefon (beruflich):

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Endokarditis ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein.

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Anfallsweisen (Epilepsie) ja nein

Organtransplantiert ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

.....

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? Monat



PRAXIS VON DER BEY
ZAHNHEILKUNDE IM BELGISCHEN

AACHENER STR. 36
50674 KÖLN
TEL 0221 8000 5708
FAX 0221 8000 5709
info@praxis-vdb.de
www.praxis-vdb.de

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

- ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung
- ehemals Praxis Dr. Molitor
- ehemals Praxis Dr. Roth, Junkersdorf
- Internet
- Überweisung durch

- Sonstiges

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Köln,

Unterschrift:



PRAXIS VON DER BEY
ZAHNHEILKUNDE IM BELGISCHEN

AACHENER STR. 36
50674 KÖLN
TEL 0221 8000 5708
FAX 0221 8000 5709
info@praxis-vdb.de
www.praxis-vdb.de