



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams. Vielen Dank !

Name, Vorname, ggf. Titel : geb.:

Anschrift : Tel.:

Versicherter : Email @:

Anschrift : Tel. mobil:

Beruf / Arbeitgeber : Tel. beruflich:

Krankenkasse : gesetzlich: ja nein freiwillig gesetzlich: ja nein
 privat: ja nein Beihilfe : ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch ? ja nein Haben Sie z. Zt. Zahnschmerzen ? ja nein

Wünschen Sie **Zahnersatz** ? ja nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ? ja nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung ? abgeschlossen : ja nein

Weshalb kommen Sie zur Behandlung ?

Hatten oder haben Sie **Erkrankungen** folgender Art ?

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV o.a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tragen Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	der Niere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen, Allergien :

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein ?

Erfolgten im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mund-Kieferbereich? ja nein

Wünschen Sie eine Behandlung und Informationen über dem Niveau der normalen Krankenkassenleistung ? ja nein
 (z.B. Moderne Lasertherapie, hochwertige Füllungen, Zahnimplantate, Aufhellung von Zähnen (Bleaching), Prophylaxe PZR)

Speziell:

Haben Sie Interesse an individueller Prophylaxe zusätzlich Zur Kassenleistung ? ja nein
 (Kariesrisikobestimmung-Speicheldiagnostik, Professionelle Zahnreinigung, Intensivfluoridierung)

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Ich bin damit einverstanden im Recall Verfahren regelmäßig und unverbindlich an Folgetermine per Post erinnert zu werden. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst die reservierte aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.

Düsseldorf, den

Unterschrift :

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. med. dent. Gretsias & Giannakoudis
Köln Landstr. 48
40591 Düsseldorf
0211-7802424
www.ODONTOS.de