

Zahn und Prophylaxezentrum

Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen



ZAHN- UND
PROPHYLAXEZENTRUM
Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen

Persönliches

Nachname/ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Beruf _____

Tel. mobil _____ Email _____

Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Internet
- Social Media (Instagram/ Facebook/ Tiktok)
- Sonstiges

Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Endokarditis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Infektionskrankheiten

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| HIV | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis B | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis C | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |



Sonstige Krankheitsbilder

Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Medikamente

Einnahme von Medikamenten – wenn ja welche? Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Andere Allergien – wenn ja welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstiges

Raucher/in – Anzahl pro Tag/ Stück	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schwangerschaft – Angabe SSW	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein



ZAHN- UND
PROPHYLAXEZENTRUM
Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen

Wichtige Informationen für Sie:

- > Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift
- > Da wir eine Bestellpraxis sind, behalten wir uns vor, für fest reservierte Termine, welche ohne Absage (weniger als 48 Stunden) nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr zu berechnen.
- > Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme obiger Informationen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift