



Praxis für Parodontologie und Implantologie

Dr. Edith Hernichel-Gorbach

Master of Science -University of Texas, USA

Adresse Bahnhofstraße 40
65185 Wiesbaden
Telefon +49 (0)611 / 30 34 00
Telefax +49 (0)611 / 30 49 66
E-Mail praxis@hernichel-gorbach.de
Internet www.hernichel-gorbach.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. am _____ Geburtsort _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Strasse _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Tel. privat _____ Mobil _____ E-Mail Adresse _____

Krankenkasse / Versicherung

Name der Versicherung _____ Pflichtversichert _____ Freiwillig versichert _____ Basistarif _____ Beihilfe _____

Beruf

Berufsbezeichnung _____

Arbeitgeber

Name _____ Anschrift _____ Tel. tagsüber _____

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ärztliche Behandlung : Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(-en)?

Medikamente : Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig aufgrund welcher Erkrankung ein?

Wird/wurde bei Ihnen eine Bisphosphonat Therapie durchgeführt? ja nein
Wenn ja, intravenös oder oral

Haben Sie folgende Medikamente in der Vergangenheit eingenommen:
Denosumab (Prolia, Xgeva), Bevacizunab (Avastin), Sunitinib (Sutent)?

ja nein

Allergien	: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder nachgewiesene Allergie (z.B. Antibiotika)?		
<hr/>			
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen	: Herzschwäche (Insuffizienz) ? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ? Herzasthma, Angina pectoris ? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislaufferkrankungen	: Zu hoher Blutdruck (Hypertonie) ? Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie) ? Zustand nach Herzinfarkt ? Zustand nach Schlaganfall ? Nehmen Sie Gerinnungs - hemmende Medikamente ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- erkrankungen	: Zuckerkrankheit (Diabetes) ? _____ Magen-Darmerkrankungen? _____ Schilddrüsenerkrankungen? _____ Osteoporose? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems	: Epileptiforme Anfälle ? Krämpfe ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen	: Probleme bei Wundheilung? Erhöhte Blutungsneigung bei Verletzung oder Hämophilie ? Blutarmut (Anämie) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionserkrankungen	: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C _____) ? Tuberkulose ? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, Asthma ? Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durch geführt ? Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben	: Bestehen andere Erkrankungen ? _____ Trinken Sie Alkohol ? Wenn ja , wieviel? wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Aufputzmittel oder Drogen ? Neigen Sie zu Lippenherpes? Wünschen Sie Beratung bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten bei Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen	: Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-,Kiefer-, Zahnbereich geröntgt ? Wenn Sie möchten, dass wir Röntgenbilder anfordern, teilen Sie uns bitte mit, bei welchem Zahnarzt _____ Unsere modernen digitalen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis !	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Frauen	: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____