

Gemeinschaftspraxis
Dr. R. Saatjohann - Dr. C. Greive - J. Saatjohann
Münsterstraße 5 - 48612 Horstmar
Telefon: 02558 - 627 - Telefax: 02558 - 1700
E-Mail: info@zahnarzt-horstmar.de

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____ Handy: _____
E-Mail: _____
Beruf / Arbeitgeber: _____
Besteht ein Pflegegrad/Eingliederungshilfe _____
Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

	zutreffendes ankreuzen	zusätzliche Informationen
Haben Sie Allergien?	O ja / O nein	_____
Haben Sie Gerinnungsstörungen oder nehmen Sie Blutverdünner? (Marcumar, Eliquis, etc.)	O ja / O nein	_____
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (z.B. Bluthochdruck, Vorhofflimmern)	O ja / O nein	_____
Haben Sie Infektionskrankheiten? (HIV/Hepatitis)	O ja / O nein	_____
Haben Sie Rheuma?	O ja / O nein	_____
Haben Sie Diabetes?	O ja / O nein	_____
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	O ja / O nein	_____
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	O ja / O nein	_____
Haben Sie Asthma?	O ja / O nein	_____
Leiden Sie unter Osteoporose und bekommen Medikamente dagegen?	O ja / O nein	_____
Sind Sie Raucher?	O ja / O nein	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O ja / O nein	welche? _____

Name, Ort Ihres Hausarztes: _____

Sollen wir Sie in unser Recall Programm aufnehmen?
(regelmäßige schriftliche Erinnerung an den empfohlenen Vorsorge Termin) O ja / O nein

Für Frauen:

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? O ja / O nein _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Die aktuellen Patienteninformationen zum
Datenschutz können im Aushang im Wartezimmer eingesehen werden.
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift