



Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Christian Hucke

Wetterstraße 3-5 | 58313 Herdecke | Tel: 02330. 12 546 | Fax: 02330. 37 94
Email: info@zahnarzt-hucke.de | www.zahnarzt-hucke.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen den Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, vor Beginn der Behandlung einige für uns relevante Fragen in Bezug auf Ihr Allgemeinbefinden zu beantworten:

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Name des Versicherten: _____

1. Sind Sie aufgrund einer Empfehlung zu uns gekommen? Ja Nein

Von wem wurden Sie empfohlen? _____

2. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt (bitte Name, Adresse)? _____

3. Wann und wo sind Sie das letzte Mal einer Röntgenuntersuchung unterzogen worden? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

5. Leiden Sie unter Allergien (z. B. Penicillinallergie, Nahrungsmittelallergie oder andere Stoffe) und haben Sie in diesem Zusammenhang schon einmal schlechte Erfahrungen mit einem Betäubungsmittel gemacht? Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien sind bekannt?

Bitte legen Sie uns baldmöglichst einen Allergiepass, wenn vorhanden, vor. _____

6. Für unsere weiblichen Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich? _____

Bitte umblättern!



7. Leiden Sie an einem der folgenden Krankheitsbilder?

- Diabetes mellitus Typ _____
- Schilddrüsenerkrankung
- Krebserkrankung (Befinden Sie sich in chemotherapeutischer Behandlung? Ja Nein)
- Infektionserkrankung (HIV, Geschlechtskrankung, Hepatitis, Tuberkulose)
- Grüner Star / Grauer Star
- Krampfanfälle
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Infarkt, Angina Pectoris, Herzklappenersatz, Gefäßprothese)
- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma bronchiale
- Osteoporose
- Sonstige Erkrankungen

welche?

8. Aus welchem Grund besuchen Sie uns heute?

- Schmerzen/Beschwerden
- Routineuntersuchung
- Kosmetische Probleme
- Beeinträchtigung der Kaufunktion

Nun noch einige Fragen, die wir Ihnen gerne zu der von Ihnen gewünschten Behandlung stellen möchten.

Wünschen Sie in Zusammenhang mit einer eventuellen Behandlung eine Aufklärung über:

- Zahnfarbene Füllungsmaterialien
 - Gold- und Keramikfüllungen
 - Kronen, Brücken
 - Implantate
 - Zahnputztechnik und Mundhygiene
 - Zahnfleischbehandlung
 - Behandlung unter Vollnarkose

 - Sonstiges
-

Wünschen Sie unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) behandelt zu werden? Ja Nein

Nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen

Wünschen Sie schriftlich oder telefonisch an Ihren regelmäßigen Zahngesundheitsvorsorgetermin (Recall) erinnert zu werden? Ja Nein

Datum

Unterschrift