Zahnarztpraxis
DR.KAISER

PERSÖNLICHES

Patient

Name

Vorname/Titel

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum/Geburtsort

Krankenkasse

Hausarzt

Telefon privat

Handy

E-Mail

Beruf (freiwillige Angabe)

Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Telefon Arbeit/Beruf (freiwillige Angabe)

Versicherter (Eltern/Ehegatte)

Name

Vorname/Titel

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum/Geburtsort

Telefon privat

Versicherungsverhältnis

- ◯ Gesetzlich versichert
- ◯ Privat versichert
- ◯ Beihilfeberechtigt
- ◯ Private Zusatzversicherung

Terminerinnerung ◯ Telefon ◯ SMS ◯ E-Mail ◯ Keine

WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

- ◯ Vorsorgeuntersuchung
- ◯ Schmerzbehandlung
- ◯ Zahnfleischprobleme
- ◯ Fehlende Zähne
- ◯ Probleme mit Zahnersatz
- ◯ Neuer Zahnersatz
- ◯ Kiefergelenksbeschwerden
- ◯ Implantatberatung
- ◯ Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- ◯ Google/Internet
- ◯ Persönliche Empfehlung

Empfehlung durch

Name Vorname

Dr. Peter Kaiser
Zahnarzt
Laichinger Straße 15
72589 Westerheim

Tel. 07333 - 95 02 690
Fax 07333 - 95 02 691
Mail info@zahnarzt-westerheim.de
Web www.zahnarzt-westerheim.de

Zahnarztpraxis
DR.KAISER

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Erkrankungen?

- ◯ Hoher Blutdruck
- ◯ Niedriger Blutdruck
- ◯ Herz-, Kreislauferkrankungen

  Welche? .....
- ◯ Herzklappenersatz
- ◯ Endokarditis
- ◯ Herzoperation
- ◯ Herzschrittmacher
- ◯ Herzinfarkt
- ◯ Schlaganfall
- ◯ Störungen der Blutgerinnung
- ◯ Immunerkrankungen (z.B. HIV, Aids)
- ◯ Wundheilungsstörungen
- ◯ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ◯ Knochenmarkserkrankungen
- ◯ Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
- ◯ Osteoporose
- ◯ Tumorerkrankungen
- ◯ Frühere Parodontitis-Behandlung
- ◯ Drogenabhängigkeit
- ◯ Asthma/Lungenerkrankungen
- ◯ Nervenerkrankungen
- ◯ Depressionen/Psychosen
- ◯ Lebererkrankungen
- ◯ Epilepsie
- ◯ Magen-, Darmerkrankungen
- ◯ Hepatitis

  Welche? .....
- ◯ Sonstige

  Welche? .....

Rauchen Sie?

◯ Nein ◯ Ja

Wie viele Zigaretten pro Tag? .....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

◯ Nein ◯ Ja

In welchem Monat? .....

Haben Sie Allergien?

◯ Nein ◯ Ja

Gegen? .....

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

◯ Nein ◯ Ja

Welche? .....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

◯ Nein ◯ Ja

Welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

◯ Nein ◯ Ja

Welche? .....

Besteht bei Ihnen eine Pflegestufe?

◯ Nein ◯ Ja

Welche? .....

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bei längeren Terminen werden wir uns den Termin ggf. einen Tag vorher von Ihnen nochmals bestätigen lassen.

◯ Ja, ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Dr. Kaiser, einzusehen unter www.zahnarzt-westerheim.de/datenschutz, zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

....

Ort/Datum Unterschrift

Dr. Peter Kaiser
Zahnarzt
Laichinger Straße 15
72589 Westerheim

Tel. 07333 - 95 02 690
Fax 07333 - 95 02 691
Mail info@zahnarzt-westerheim.de
Web www.zahnarzt-westerheim.de