



# PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE DR. DANIEL WEHNER

Prophylaxe, Ästhetische Zahnheilkunde, Implantologie

Name Patient	Vorname Patient	geb.
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Telefon privat/ Mobiltelefon	Telefon geschäftlich	E-Mail
Krankenkasse: _____		Zusatzversicherung <input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/>
Versichert bei (Ehepartner, Eltern) _____		Hausarzt: _____
<b>Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?</b>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund _____		
<b>Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente?</b>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____		
<b>Allergie gegen Medikamente, Materialien oder sonstige Stoffe?</b>		ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
zu niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
zu hoher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Kreislaufbeschwerden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Endokarditis- Prophylaxe vorgeschrieben	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Blutungsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Bei mir wird eine <b>Bisphosphonattherapie</b> durchgeführt/ geplant	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Knochenerkrankungen (z.B. Skoliose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Atemwegserkrankung ( z.B. Asthma, Bronchitis)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/ B/ C)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Röntgenaufnahmen im Kieferbereiche in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Vorsorgeerinnerung erwünscht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Sonstiges _____		

Mit meiner Unterschrift versichere ich alle Angaben vollständig und korrekt beantwortet zu haben.

Falls sich Änderungen zu meiner Adresse oder meinem Gesundheitszustand ändern , werden ich diese der Praxis umgehend mitteilen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_