

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Dr. med. dent THEODOROS SAKELLARIOU

Leobener Strasse 30

Tel: 0711 - 540 85 240

E-Mail: sakellariou@zahnarzt-sakellariou.de

70469 Stuttgart - Feuerbach

Fax:

0711 - 540 85 241

Internet:

www.zahnarzt-sakellariou.de

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Name und Vorname des Patienten:

Beruf/Arbeitgeber:

Geburtsdatum:

Strasse/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Telefon dienstl.:

Name und Vorname des Versicherten:

Krankenkasse:

Beruf/Arbeitgeber:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, auch im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

HERZ/ KREISLAUF:

Hoher Blutdruck

ja

nein

Niedriger Blutdruck

ja

nein

Herzklappenfehler

ja

nein

Herzklappenersatz

ja

nein

Herzschrittmacher

ja

nein

Endokarditis

ja

nein

Herzoperation

ja

nein

GEFÄSSE:

Schlaganfall

ja

nein

Durchblutungsstörungen

ja

nein

ATEMWEGE/LUNGE:

Asthma/Lungenerkrankungen

ja

nein

Tuberkulose

ja

nein

LEBER:

Lebererkrankung

ja

nein

Hepatitis: A/ B/ C

NIEREN:

Nierenerkrankungen

ja

nein

Dialysepflicht

ja

nein

STOFFWECHSEL:

Diabetes/Zuckerkrankheit

ja

nein

Schilddrüsenerkrankung

ja

nein

bitte wenden

SKELETTSYSTEM:

Rheuma/Arthritis ja nein Osteoporoseerkrankung ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit:

BLUT:

Blutgerinnungsstörungen ja nein blutverdünnende Medikamente ja nein
Aspirin/ASS Marcumar
Plavix Xarelto

RAUCHEN SIE?

Raucher ja nein

IMMUNTSCHWÄCHE:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein Latex ja nein
Metalle ja nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw.zurzeit? _____
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Wiegen Sie über 135 KG? (max. Traglast der Behandlungseinheit) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Stuttgart, den

Unterschrift: