



Zahnarztpraxis Dr. Ulf Hannig

Marktstr. 51b – 76870 Kandel – Telefon 07275 – 95880 – Telefax : 07275 – 958840
Internet : www. zahnarzt-dr-hannig.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Anliegen kümmern können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Name und Vorname (Patient)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon privat

.....
Telefon tagsüber / Handy

.....
Name und Vorname des gesetzlichen
Vertreters

.....
Geburtsdatum des gesetzlichen
Vertreters

Wünschen Sie eine Erinnerung an die halbjährliche Kontrolluntersuchung per E-Mail?

Ja Nein

e-Mail-Adresse: _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie jedoch bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir danken für Ihr Verständnis. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nach der Anästhesie nur bedingt fahrtüchtig sind.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein
- Herzkrankung ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis-Prophylaxe ja nein

Infektionskrankheiten

- HIV ja nein
- Hepatitis A, B oder C ja nein
- Tuberkulose ja nein
- andere

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Antibiotika ja nein
- andere

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Asthma ja nein
- Lungenerkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Epilepsie ja nein
- Diabetes ja nein
- Nierenfunktionsstörungen ja nein
- Ohnmachtsneigung ja nein
- Grauer Star ja nein
- andere

Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum ja nein
- Alkoholsucht ja nein
- Raucher ja nein

Allgemeine Angaben

Regelmäßige Medikamente?
Wenn ja, welche und seit wann:
.....
.....

Röntgenuntersuchung im
Kieferbereich innerhalb der letzten
12 Monate? Wenn ja, wann und bei
welchem Arzt?
.....
.....

Schwangerschaft? Wenn ja, in
welchem Monat?
.....
.....

Wünschen Sie eine gezielte
Beratung über
 Bleaching
 Professionelle Zahnreinigung
 Kinderprophylaxe
 Inlays
 Veneers
 Amalgamaustausch
 Implantate
 Parodontitis

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis
aufmerksam?**
.....

DatumUnterschrift