

Sendlinger Straße 47
80331 München
Tel.: (0 89) 26 37 06
Fax: (0 89) 26 07 897

Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Jede Behandlung erfordert einen hohen Aufwand. Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher an. Ansonsten können die entstandenen Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Familiennamen: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ Geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Beschäftigt bei: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon dienstlich: _____ E-Mail dienstlich: _____

Mitversichert bei (Ehegatten oder Eltern): _____

Familiennamen: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ Geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Versichertenstatus/Name der Versicherung: _____

Gesetzlich pflichtversichert Freiwillig ges. versichert Privat versichert Beihilfe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Telefonbuch Internet gezielte Suche zufällig

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen / Medikamentenüberempfindlichkeit Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Atemwegserkrankungen Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Endokarditisprophylaxe erforderlich? Ja Nein

Herzerkrankung / Herzschwäche Ja Nein

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher Ja Nein Hoher Blutdruck Ja Nein

Infektionskrankheiten Ja Nein

Gelbsucht (Hepatitis) Ja Nein

Immunmangel-Syndrom (AIDS) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Depression / Erkrankung des Nervensystems Ja Nein

Andere Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie regelmäßig Marcumar / Aspirin / andere blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Haben Sie in letzter Zeit Bisphosphonate (Osteoporose) eingenommen oder nehmen Sie diese noch ein? Ja Nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn- / Mundbereich?

Besitzen Sie einen Röntgenpass ? Ja Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein

Professionelle Zahnreinigung

Haben Sie Interesse an professioneller Zahnreinigung (PZR)? Ja Nein

Haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Prophylaxe-Erinnerungsservice (Recall)? Ja Nein

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir dem behandelndem Arzt unverzüglich mitgeteilt.