



Dr. Carlo Cramer
Zahnarzt

Liebe Patientin, lieber Patient! Um Ihnen die optimalen Antworten auf Ihre zahnmedizinischen Fragen zu liefern, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte zu Ihrer Allgemeingesundheit. Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum/ -Ort

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon privat / mobil

Beruf

Arbeitgeber

E-Mail privat

Wie sind Sie krankenversichert?

Versicherte/r

gesetzlich

privat

Name Krankenversicherung

Zahnzusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?

Ja, ich bin einverstanden, zukünftig an (Vorsorge-) Termine erinnert zu werden per

E-Mail

SMS

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Internet

Sonstiges

Hinweis Praxisorganisation / Datenschutz:

Ihre Zeit ist wertvoll - unsere auch: Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um frühestmögliche Absage (mind. 24 Stunden vorher). Ihre personenbezogenen Daten nutzen wir ausschließlich für praxisinterne Prozesse (Terminerinnerung, Kommunikation mit zahnmedizinischem und -technischem Labor). Bitte teilen Sie ggf. diesbezüglich Ihren Widerspruch mit.

Datum

Unterschrift

Zu Ihrer Gesundheit

Herz - Kreislauf	JA	NEIN		JA	NEIN	Infektionskrankheiten	JA	NEIN
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankung (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere:		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien:		
Angeborener/erworbener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Medikamenteneinnahme			Lokale Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen			Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitere wichtige Angaben		
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere:			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Wenn ja, wie viel?		
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			_____		
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Wenn ja, welche Woche?		

						Stillen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorge / Kontrolle | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Angstfreie Zahnbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung / -rückgang | <input type="checkbox"/> Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Beratung Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Beratung Zahnfarbe | <input type="checkbox"/> Beratung Kiefergelenk / Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Beratung Implantate | <input type="checkbox"/> Beratung Zahnfehlstellung | <input type="checkbox"/> Beratung Biologische Zahnmedizin |
| <input type="checkbox"/> Platz für Ihre Bedürfnisse / Anregungen: _____ | | |

Als Nachfolger der Praxis Dr. Helmut Finster möchten wir Ihren Besuch so reibungslos wie möglich gestalten. Hierfür ist ein Einblick in Ihre digitale und analoge Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Helmut Finster von großem Vorteil. Aus diesem Grund bitten wir Sie um die Erlaubnis zur Übernahme Ihrer Patientenakte. Bei Fragen informieren wir Sie hierzu gerne und beantworten Ihre Fragen.

- Ich erkläre mich mit der Übernahme der Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Helmut Finster durch die Praxis Dr. Carlo Cramer einverstanden.

Datum

Unterschrift

