

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde & Oralchirurgie

Dr. med. dent. Maria Corina Salge-Pössl

Dr. med. dent. Christoph Pössl

Name (Patient) _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Name (Zahlungspflichtiger) _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Tel. _____ Tel. Geschäft _____ Mobil _____

Email _____

Krankenkasse _____ Haben Sie eine Zusatzversicherung Ja Nein

Arbeitgeber _____ Beruf _____

Anschrift Arbeitgeber _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____

Gesundheitliche Angaben

	ja	nein	Wenn ja, welche?	
Allergien (Allergiepass vorhanden?)	O	O		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	O	O	O Typ I	O Typ II
Kreislaufkrankungen (Blutdruck)	O	O	O Hoch	O Niedrig
Herzerkrankung (Infarkt, Schrittmacher...)	O	O		
Augennendruck erhöht (Glaukom)	O	O		
Infektionserkrankungen (Hepatitis A,B,C, HIV...)	O	O		
Lungenerkrankungen (Asthma,...)	O	O		
Magen-, Darm-, oder Nierenerkrankung	O	O		
Nervenerkrankung (Epilepsie)	O	O		
Rheuma/Osteoporose	O	O		
Schilddrüsenerkrankung	O	O	O Unterfunktion	O Überfunktion
Tumorerkrankungen	O	O		
Weitere Erkrankungen	O	O		
Frühere Operationen	O	O		
Neigen Sie zu Nachblutungen? Nehmen Sie Marcumar, ASS	O	O		
Nehmen Sie Medikamente? Welche?	O	O		
Rauchen Sie?	O	O		
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	O	O		
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	O	O		

Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt Name: _____

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in ihren Angaben ergeben haben.

Ihre Zahngesundheit liegt uns sehr am Herzen, wir bieten Ihnen in unserer Praxis einen Erinnerungs-Service zur Terminvereinbarung für Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung an.

Möchten Sie daran teilnehmen? Ja per Brief E-Mail Anruf
 Nein

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 2 Werktage vorher abzusagen, da Ihnen andernfalls gemäß §615 BGB je 30 min 25 € in Rechnung gestellt werden.

Mit dem Ankreuzen bestätige ich die Kenntnisnahme, des oben aufgeführten Verdienstaufalles.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Denkendorf, _____ Datum _____
 Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten