Dr. Manfred Burchardt
Zahnarzt und Zahntechniker

Nordstr. 8 · 48351 Everswinkel
Telefon: 02582 902227

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name	Vorname
Straße	PLZ / Ort
Geburtsname	Geburtsort
Geburtsdatum	Krankenkasse
Tefefon privat	Telefon tagsüber / mobil
Name Arbeitgeber	Adresse Arbeitgeber

Falls Sie Familienmitglied sind:

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	

Besitzen Sie ein Bonusheft? ○ Ja ○ Nein

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Teil 1).

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hausarzt / Facharzt			**Regelmäßige Medikamente**		
Name und Anschrift	○	○	Wenn ja, welche?	○	○
Ärztliche Behandlung	○	○	**Sind Sie im letzen Jahr im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt worden?**	○	○
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?			Wenn ja, wann und bei welchem Zahnarzt?		

Bitte wenden !

Dr. Manfred Burchardt
Zahnarzt und Zahntechniker

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Teil 2).

Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Ja	Nein
Schmerzmittel (z.B. Paracetamol, Ibuprofen, ASS)	○	○
Antibiotika (z.B. Penicillin)	○	○
Besitzen Sie einen Allergiepass?	○	○
Metalle	○	○
Sonstige (z.B. Jod)	○	○

Infektiöse Erkrankungen	Ja	Nein
Hepatitis A / B / C	○	○
HIV (AIDS)	○	○
Tuberkulose	○	○

Herz-/Kreislauferkrankungen	Ja	Nein
Bluthochdruck	○	○
Herzschrittmacher	○	○
Herzklappenersatz	○	○
Zustand nach Herzinfarkt	○	○

Sonstige Erkrankungen	Ja	Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	○	○
Anfallsleiden (Epilepsie)	○	○
Blutungsneigung (z.B. bei Zahnentfernungen)	○	○
Weitere Erkrankungen	○	○
Besteht eine Schwangerschaft?	○	○

Wenn ja, welcher Monat?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Bitte teilen Sie uns im eigenen Interesse Änderungen der obigen Angaben mit!

Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden (z.B. professionelle Zahnreinigung, Inlayversorgung, Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich? ○ Ja ○ Nein

Wünschen Sie, von uns per Postkarte an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ○ Ja ○ Nein

Möchten Sie die Privatrechnung als Email verschickt haben? ○ Ja ○ Nein

Email-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 bitte außerdem, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum Unterschrift

Wir freuen uns, Ihnen helfen zu können.

Ihr Praxisteam