

Zahnarztpraxis Ruben Junkers



Sehr geehrte(r) Frau/Herr/Familie

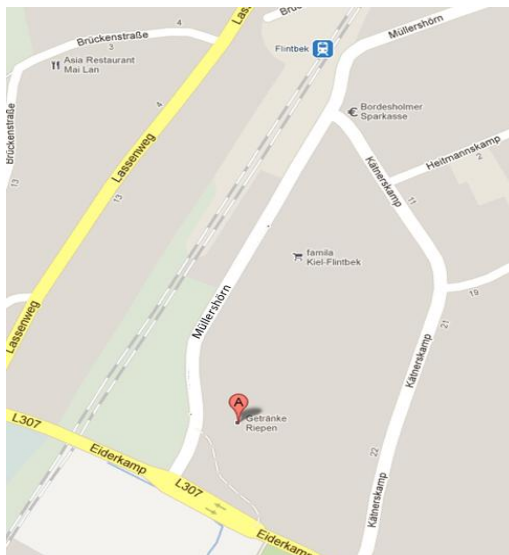
Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an der Behandlung in unserer Praxis!

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, schicken wir Ihnen vorab schon unseren Gesundheitsfragebogen zu. Auf diese Weise können sie ihn in Ruhe und vollständig zuhause ausfüllen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne hier in der Praxis oder telefonisch zur Verfügung.

Falls bereits ein Bonusheft vorhanden ist, bitten wir Sie es zur ersten Kontrolluntersuchung mitzubringen, bei Bedarf stellen wir Ihnen gerne eines aus.

Wir freuen uns Sie bald in unserer Praxis begrüßen zu dürfen,

Ihr Praxisteam Ruben Junkers



Zahnarztpraxis Ruben Junkers
Müllershörn 2a
24220 Flintbek
Tel: 04347/ 1313
www.zahnarzt-junkers.de

© google maps

Zahnarztpraxis Ruben Junkers



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich, da sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Straße / Nr.: _____
Postleitzahl: _____
Telefon: _____
Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Ort: _____
Arbeitgeber: _____
dienst. Telefonnummer _____

Hauptversicherter:

Name: _____
Vorname: _____
Straße / Nr.: _____
Postleitzahl: _____
Telefon: _____
Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Ort: _____
Arbeitgeber: _____
dienst. Telefonnummer _____

Angaben zur Versicherung

gesetzliche Krankenkasse: _____
pflichtversichert: freiwillig versichert:
Zusatzversicherung: _____

private Krankenkasse: _____
Basistarif: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet: auf Empfehlung von: _____ andere Quelle: _____

Bisheriger Zahnarzt (Anschrift, Telefon) _____
Hausarzt (Anschrift, Telefon) _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Welche persönlichen Erwartungen haben Sie an Ihre Zahnbehandlung? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? _____

bitte wenden



Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen
(auch wenn die Erkrankung zurzeit nicht behandelt wird)

Herz-und Kreislauf

Hoher / niedriger Blutdruck
Herzrhythmusstörungen
Herzinfarkt wann? _____

Herzmuskelentzündung
Herzklappenerkrankung
Sonstiges _____

Blutgerinnungsstörungen
Nachbluten nach Operationen

Künstliche Gelenke _____

Infektionskrankheiten
HIV/AIDS
Sonstiges _____

Lebererkrankungen
Hepatitis Typ _____
Sonstiges _____

Asthma

Magen- / Darmerkrankungen

welche? _____

Nierenerkrankungen

welche? _____

Radiologische Behandlung

Diabetes

Typ _____

Erkrankung des Nervensystems
Epileptische Anfälle
Sonstiges _____

Angstzustände / Depression
Sonstiges _____

Schilddrüsenerkrankung

welche? _____

Augenerkrankung (z.B. Grüner Star)

welche? _____

Sonstige Erkrankungen, die hier nicht aufgeführt sind: _____

Allergien wenn ja, welche? _____
Gegen welche Metalle oder Materialien (z.B. Latex, Kunststoffe) besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Medikamentenallergie(z.B. Penicillin) wenn ja, gegen welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

ASS / Aspirin Marcumar sonstige _____

Schwangerschaft wenn ja, welcher Monat? _____

Rauchen Sie? wenn ja, wie viele Zigaretten / Zigarren tägl.? _____

Leiden Sie unter:
Mundtrockenheit Mundgeruch Kiefergelenksbeschwerden Kopfschmerzen / Migräne

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenaufnahme im Kopf-/Halsbereich durchgeführt _____

Flintbek, den _____

Unterschrift des Patienten