



Zahnarztpraxis Wasserfuhr

Zahnärzte

Dr. Dirk und Christiane Wasserfuhr

Funktionsdiagnostik, Funktionstherapie, Implantologie, Kieferorthopädie

<hr/> Name	<hr/> Vorname	<hr/> Geburtsdatum / -ort
<hr/> Straße	<hr/> PLZ	<hr/> Wohnort
<hr/> Telefon privat	<hr/> Telefon geschäftlich	<hr/> Telefon Mobil
<hr/> Email	<hr/> Beruf	<hr/> Arbeitgeber
<input type="radio"/> selbst versichert <input type="radio"/> versichert über	<input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter	

<hr/> Name	<hr/> Vorname	<hr/> Geburtsdatum
<hr/> Krankenkasse / Versicherung	<hr/> Zusatzversicherung/Beihilfe	<hr/> Hausarzt

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz oder Kreislauf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wurden Sie kürzlich im Kopfbereich (an den Zähnen, Nebenhöhlen, Hals, Nase, Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Lunge	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Blut	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sind Sie schwanger? Wenn ja in welchem Monat? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Leber	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Nieren	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Schilddrüse	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?
 Ja Nein _____

Haben oder hatten Sie jemals ...

Hohen Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Zucker (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Welche? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sind Sie HIV positiv? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Grüner Star	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Möchten Sie rechtzeitig von uns an Ihre Termine erinnert werden? Wenn ja, wie? <input type="radio"/> Email <input type="radio"/> Telefon <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> Brief
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Wurden Sie schon einmal beim Zahnarzt ohnmächtig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bitte beschreiben Sie in Kurzform den Grund Ihres Besuches:

Liebe Patienten, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.
Köln, _____ Unterschrift _____