NEANDER ZAHN

DR. GREGOR & LIANE HERRMANN | ZAHNÄRZTE

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied:

Bzw. abweichender Zahlungsempfänger

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße Postleitzahl Ort

Kontaktdaten:

Telefonnummer Emailadresse

Versicherung: _____ ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ zusatzversichert

Name der Versicherung

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Erhöhter Blutdruck	☐ nein	☐ ja	
Schlaganfall oder Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja	
Diabetes	☐ nein	☐ ja	HbA1c: _____
Nieren- oder Leberfunktionsstörungen	☐ nein	☐ ja	
Immunsuppression	☐ nein	☐ ja	
Schilddrüsenerkrankungen	☐ nein	☐ ja	
Asthma / COPD	☐ nein	☐ ja	
Erhöhter Augeninnendruck / grüner Star	☐ nein	☐ ja	
Blutgerinnungsstörungen	☐ nein	☐ ja	
Epilepsie	☐ nein	☐ ja	
Osteoporose	☐ nein	☐ ja	
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA, o.ä.)	☐ nein	☐ ja	

Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐ nein	☐ ja
Besitzen Sie einen Herzpass?	☐ nein	☐ ja
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	☐ nein	☐ ja
Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich?	☐ nein	☐ ja
Gelenk- oder Gefäßprothesen? (z.B. Stents?)	☐ nein	☐ ja

Bitte wenden →

Sind sonstige Erkrankungen bekannt? _____

_____

_____

Sind Allergien bekannt? □ nein □ ja
Falls ja, welche? _____

_____

Nehmen Sie Medikamente ein? Gerne kopieren wir ihren Medikamentenplan.

Bekommen / bekamen Sie Bisphosphonate oder Antikörper? □ nein □ ja
Andere Medikamente? □ nein □ ja
Falls ja, welche? _____

_____

_____

Aufklärung zur Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie oder örtliche Betäubung ermöglicht in der Regel eine schmerzfreie Behandlung. Obwohl sehr sicher und lange erprobt, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen, z.B. Kreislaufproblemen, allergischen Reaktionen, Hämatomen oder Nervbeeinträchtigungen, theoretisch auch zu einem dauerhaften Taubheitsgefühl der Unterkiefer- und Zungenseite, kommen. Es kann zu einer herabgesetzten Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr kommen.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben und habe die Aufklärung zur Lokalanästhesie gelesen und verstanden.

Mettmann, den _____
Datum Unterschrift

Aufklärung und Einverständnis zur Erinnerung an die nächste Vorsorgeuntersuchung

Ich möchte an meine nächste zahnärztliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

□ Per E-Mail □ Ich möchte nicht erinnert werden

Mettmann, den _____
Datum Unterschrift

Wir möchten Sie bitten Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, frühestmöglich abzusagen. Dadurch helfen Sie anderen Patienten zeitnah Termine zu erhalten.