

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

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

Ihr Praxisteam Dr. Werner - Dr. Uber-Christensen



Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde
und Oralchirurgie

Dr. med. dent. Volker Werner
Zahnarzt

Dr. med. dent. Katrin Uber-Christensen
Fachzahnärztin für Oralchirurgie

Herrenackerstraße 35
72379 Hechingen
Telefon: 07471 - 54 51
www.werner-uberchristensen.de

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Mitglied _____
Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Anschrift _____
Straße _____ Nummer _____ Tel. privat _____

PLZ _____ Ort _____ Tel. tagsüber _____

Kasse _____
Kasse oder Versicherung _____ Handynummer _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch.

Beratungswunsch:

Professionelle Zahnreinigung: ja

Weißer Zähne (Bleaching): ja

Zahnästhetik/Kosmetik: ja

Laserbehandlung: ja

Zahnfarbene Füllungen: ja

Feste Zähne/Implantate: ja

Möchten Sie unseren Erinnerungsdienst in Anspruch nehmen? ja

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Wir sind immer bemüht Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Deshalb sollten Sie, wenn Sie verhindert sind, rechtzeitig (24 h) vorher absagen. Nicht eingehaltene Termine sind mit einer Gebühr belegt.

Datum _____ Unterschrift _____

bitte wenden

Aufnahmebogen

Bitte sorgfältig lesen und genau ausfüllen:

Ärztliche Behandlung zur Zeit ja nein
Hausarzt-/ Facharzt Name, Tel. _____

Medikamente _____

auch für Tumorerkrankung/Osteoporose: _____

Reagieren Sie auf best. Medikamente empfindlich?

Allergien Wenn ja, auf welche _____

wenn ja, welche _____

Sind Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CjK) ja nein
oder an einer Variante der CjK erkrankt

Herzerkrankung Herzerkrankung

Kreislaufkrankung Schrittm., künstl. Klappe

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Marcumar/Blutgerinnung

Vegetative Erkrankung Ohnmachtsanfälle

Aufputsch-/Beruhigungsmitt.

Stoffwechselerkrankung Zuckerkrankheit (Diabetes)

Magen-, Darmerkrankung

Nierenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Erkrankung d. Nervensystems Epileptische Anfälle

Bluterkrankung Blutungsneigung/Blutarmut

Infektionserkrankung Hepatitis

Tuberkulose

Aidstest

Lungenerkrankung/Asthma

Sind Sie Raucher? falls ja, wieviel Zigaretten pro Tag _____

Weiteres alkohol-/drogenabhängig

Sonstige Erkrankung: wenn ja, welche _____

Röntgen im letzten Jahr

wenn ja, wo _____

Schwangerschaft wenn ja, in welchem Monat _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns alle Änderungen sofort mit.

Datum _____ Unterschrift _____



Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde
und Oralchirurgie

Dr. med. dent. Volker Werner
Zahnarzt

Dr. med. dent. Katrin Uber-Christensen
Fachzahnärztin für Oralchirurgie

Herrenackerstraße 35
72379 Hechingen
Telefon: 07471 – 54 51
www.werner-uberchristensen.de