

DR. ANDREAS MEYER MVZ

Implantologie | Oralchirurgie
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Deisterstraße 20 · 31785 Hameln
(im Ärztezentrum Monopol, 1. OG)



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 angepasste und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Patient)	Vorname (Patient)	Geburtsdatum (Patient)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name (Versicherter)	Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum (Versicherter)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail

Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat Basistarif	Geburtsort
	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / privat	Telefon / geschäftlich	Telefon / mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf	Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Sie erhalten in unserer Praxis eine qualitativ hochwertige und auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche abgestimmte Behandlung. Wir orientieren uns an internationalen Qualitätsstandards. Sie werden über alle Maßnahmen und die damit verbundenen Kosten ausführlich, auch schriftlich, aufgeklärt. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zu Ihrer Behandlung haben. Gemeinsam wollen wir für Sie die richtige und auch wirtschaftlich sinnvolle Therapie finden.

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 1 Arbeitstag vor der Behandlung erfolgen, da viele Patienten lange auf einen Termin warten. Nicht abgesagte Termine würden wir Ihnen nur ungern in Rechnung stellen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte Bogen wenden >

Sind Sie zur Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung?

Nein Wenn ja, weshalb:

Nehmen Sie Medikamente?

Nein Wenn ja, welche:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Aspirin, Markumar, ASS, Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Eliquis?

Nein Wenn ja, welche:

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (bei Osteoporose oder Krebs), z.B. Aredia, Bonviva, Bonefos, Fosamax, Actonel, Zometa?

Nein Wenn ja, welche:

Sind bei Ihnen Magenbeschwerden/Magengeschwür bekannt?

Nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie Überempfindlichkeiten/Allergien, z.B. Penicillin?

Nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine andere Krankheit, z.B. Asthma, Herzrhythmusstörungen, Epilepsie?

Nein Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?

Nein Wenn ja, wie viele/Tag:

Bluten Sie lange?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Diabetes/Zucker?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie Cortison?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Infektionskrankheiten, z.B. TBC, Aids?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Herz-/Kreislaufferkrankungen, z.B. Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Herzklappenprothesen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie starken Würgereiz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bitte teilen Sie uns umgehend jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

Ich bestätige, dass von mir angefertigte Fotos/Videos zur Dokumentation und für wissenschaftliche Veröffentlichungen/Vorträge ohne Angabe meines Namens, benutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine betreuende Zahnarztpraxis per Fax, Brief oder E-Mail über meine Befund- und Behandlungsdaten entsprechend informiert wird.

Wir danken für Ihr Vertrauen
Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift

[Empty box for location and date]

[Empty box for signature]

