



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
DRES. BRAUCKMANN

Hafenstraße 43 | 48153 Münster
Tel.: 0251 / 519292 | Fax: 0251 / 519192
www.dres-brauckmann.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name: _____ geb.: _____ Geb.-Ort.: _____

Straße: _____ PLZ & Ort: _____

Versicherter: _____ geb.: _____ Geb.-Ort.: _____

Straße: _____ PLZ & Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe (nur Privatpat.): ja nein
Basistarif (nur Privatpat.): ja nein

Zahnzusatzversicherung: ja nein Wenn ja, welche? _____

Beruf / Arbeitgeber: _____ Tel.: _____

Hausarzt: _____ Tel.: _____

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, die für eine umfassende und risikofreie Behandlung und deren Ablauf notwendig sind.

Bitte beantworten Sie daher die unten stehenden Fragen gewissenhaft und wenden Sie sich bei Unklarheiten jederzeit gern an uns.

Sind Sie zur Zeit in allgemein-ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	Ja	Nein
Hatten oder haben Sie Herz- oder Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Haben Sie abnorme Blutungsneigungen oder Bluterkrankungen?	Ja	Nein
Haben Sie Diabetes / Zuckerkrankheit?	Ja	Nein
Haben Sie Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?	Ja	Nein
Hatten oder haben Sie einen Tumor / Krebs?	Ja	Nein
Hatten oder haben Sie Hepatitis / Gelbsucht?	Ja	Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über- oder Unterfunktion)?	Ja	Nein

Bitte wenden!

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie gegen bestimmte Substanzen und / oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche?	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?	Ja	Nein
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) ein bzw. haben diese eingenommen?	Ja	Nein
Haben Sie ein Glaukom / Grünen Star?	Ja	Nein
Hatten oder haben Sie Tuberkulose?	Ja	Nein
Haben Sie in letzter Zeit einen HIV/AIDS-Test machen lassen?	Ja	Nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	Pos.	Neg.
Waren oder sind Sie alkohol-, tabak-, oder drogenabhängig?	Ja	Nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	Ja	Nein
Haben Sie irgendwelche anderen Erkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja	Nein

Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen der obigen Angaben mit (insbesondere Krankheiten, Operationen, Medikamenteneinnahme)!

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden (halbjährliche Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung)?	Ja	Nein
Wenn ja, wie dürfen wir Sie kontaktieren?	Telef.	Schriftl.

Wir weisen Sie abschließend daraufhin, daß Ihre Verkehrstüchtigkeit durch eine Lokalanästhesie / Betäubungsspritzen unter Umständen beeinträchtigt sein kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!