ZAHNÄRZTE
DR. KÜFFNER

## HERZLICH WILLKOMMEN

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch noch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die «Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten» sind jederzeit in der Praxis einsehbar.

## PATIENTIN/PATIENT

Name | Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

## MITGLIED DER VERSICHERUNG

Name | Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

## ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefon privat | Telefon geschäftlich | E-Mail

## KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

☐ gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung
☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt

## WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ persönliche Empfehlung ☐ Homepage ☐ Werbung
☐ Jameda ☐ Google ☐ Sonstiges

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ort, Datum | Unterschrift

Zahnärzte
Dr. Küffner
Argenstraße 1
88079 Kressbronn

T. 07543 95 34 600
F. 07543 95 31 071
M. info@zahnaerzte-kueffner.de
W. www.zahnaerzte-kueffner.de

Bitte die Rückseite nicht vergessen »

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

## HAUSARZT/FACHARZT

Name, Adresse, Telefon

## MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

## ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein

## HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ ja ☐ nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? ☐ ja ☐ nein

Herzasthma, Angina pectoris? ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

## VEGETATIVER STATUS

Ohnmachtsanfälle? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ein? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle? ☐ ja ☐ nein

Krämpfe? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ ja ☐ nein

Magen-Darm-Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

## BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie), Blutverdünnung (Macumar)? ☐ ja ☐ nein

Blutarmut (Anämie)? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ☐ ja ☐ nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/(vCJK) ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstiges?

## WEITERE ANGABEN

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

## RÖNTGEN

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo?

Unsere modernen digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

## SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Antworten und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift