



PRAXISKLINIK
am Schlosspark

Dr. Tabatabaie & Kollegen
ZAHNÄRZTE - Düsseldorf

Angaben zum Patienten:

Angaben zum Versicherten:

Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Straße	_____	_____
Ort	_____	_____
Tel.-Nr.	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Beruf	_____	_____
Firma Tel.	_____	_____
Krankenkasse	_____	_____
Hausarzt	_____	Tel.-Nr.: _____

Zur Durchführung einer fachgerechten Behandlung ist es wichtig, dass wir über Ihren Gesundheitszustand informiert sind, da bestimmte Maßnahmen und Medikamente bei einigen Erkrankungen nicht eingesetzt werden dürfen.

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen im Interesse Ihrer Gesundheit nach bestem Wissen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Möchten Sie eine regelmäßige Benachrichtigung zur nächsten Kontrolluntersuchung/(Recall) ja nein

Was ist der Anlass Ihres Besuchs?

- Vorsorgliche Kontrolle
- Schmerzen
- Zahnfleischerkrankungen und Blutungen
- Zahn- und Füllungsdefekte
- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen), Alter des Ersatzes: _____
- Überweisung durch Zahnarzt oder Arzt
- Sie sind mir empfohlen worden
- Andere Gründe: _____

Haben Sie Schmerzen beim Öffnen oder Schließen des Mundes oder beim Kauen? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn Ja, aus welchem Grunde? _____

b.w.

Dr. med. dent. Seyed M. Tabatabaie MSc · Parodontologie · Implantologie (zertifiziert USA)
Zahnärztin Claudia Panke

Peter-Richarz-Straße 18 · 40229 Düsseldorf · Tel.: (02 11) 2 10 33 22 · Fax: (02 11) 2 20 18 66

E-Mail: info@praxisklinik-schlosspark.de · www.praxisklinik-schlosspark.de

Informieren Sie sich über unsere Leistungen auf unserer Website.



PRAXISKLINIK
am Schlosspark

Dr. Tabatabaie & Kollegen
ZAHNÄRZTE - Düsseldorf

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie zurzeit oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

(Bitte ankreuzen und evtl. das Jahr eintragen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hypertonie (hoher Blutdruck) | <input type="radio"/> Diabetes mellitus (Zucker) |
| <input type="radio"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck) | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Arteriosklerose (Durchblutungsstörungen) | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Glaukom (Erhöhung des Augenzinnendrucks) | <input type="radio"/> andere Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Aids |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> andere wichtige Erkrankungen: |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Wenn ja, Name des Medikaments: _____

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe überempfindlich oder allergisch? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Haben Sie schon einmal Beschwerden nach einer lokalen Betäubung (Spritze) bei einer Zahnbehandlung bemerkt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Für weibliche Patienten:

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? ja nein

Wegen der Strahlenschutzvorschriften bitten wir um unmittelbare Mitteilung wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 3 Tage vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 60,- Euro/Stunde in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift

Dr. med. dent. Seyed M. Tabatabaie MSc · Parodontologie · Implantologie (zertifiziert USA)
Zahnärztin Claudia Panke

Peter-Richarz-Straße 18 · 40229 Düsseldorf · Tel.: (02 11) 2 10 33 22 · Fax: (02 11) 2 20 18 66

E-Mail: info@praxisklinik-schlosspark.de · www.praxisklinik-schlosspark.de

Informieren Sie sich über unsere Leistungen auf unserer Website.