

NEANDER ZAHN

DR. GREGOR & LIANE HERRMANN | ZAHNÄRZTE

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied:

Bzw. abweichender
Zahlungsempfänger

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Kontaktdaten:

Telefonnummer _____ Emailadresse _____

Versicherung:

_____ gesetzlich privat zusatzversichert
Name der Versicherung

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Schlaganfall oder Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | HbA1c: _____ |
| Nieren- oder Leberfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Immunsuppression | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Erhöhter Augeninnendruck / grüner Star | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Leiden Sie an Infektionskrankheiten
(Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA, o.ä.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Besitzen Sie einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Gelenk- oder Gefäßprothesen? (z.B. Stents?) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Bitte wenden →

Sind sonstige Erkrankungen bekannt? _____

Sind Allergien bekannt?

nein

ja

Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Gerne kopieren wir ihren Medikamentenplan.

Bekommen / bekamen Sie Bisphosphonate oder Antikörper?

nein

ja

Andere Medikamente?

nein

ja

Falls ja, welche? _____

Aufklärung zur Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie oder örtliche Betäubung ermöglicht in der Regel eine schmerzfreie Behandlung. Obwohl sehr sicher und lange erprobt, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen, z.B. Kreislaufproblemen, allergischen Reaktionen, Hämatomen oder Nervbeeinträchtigungen, theoretisch auch zu einem dauerhaften Taubheitsgefühl der Unterkiefer- und Zungenseite, kommen. Es kann zu einer herabgesetzten Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr kommen.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben und habe die Aufklärung zur Lokalanästhesie gelesen und verstanden.

Mettmann, den _____

Datum

Unterschrift

Aufklärung und Einverständnis zur Erinnerung an die nächste Vorsorgeuntersuchung

Ich möchte an meine nächste zahnärztliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Per E-Mail

Ich möchte nicht erinnert werden

Mettmann, den _____

Datum

Unterschrift

Wir möchten Sie bitten Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, frühestmöglich abzusagen. Dadurch helfen Sie anderen Patienten zeitnah Termine zu erhalten.