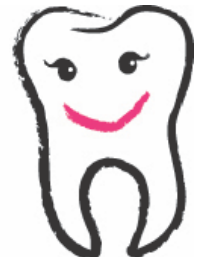


dr. med. dent. Katalin Weber

Z a h n ä r z t i n



Akazienweg 18, 53177 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: 0049/228-32 23 56 Fax: 0049/228-328107

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____



Privat _____



Firma _____



Mobil _____



Fax _____



E-Mail _____ @ _____

Bei Angabe der emailadresse erkläre ich mich damit einverstanden, daß ich Terminerinnerungen und Newsletter per email erhalte.

Versicherung _____ Privat Kasse Zusatzversicherung

Zur Vermeidung möglicher Probleme bei der Behandlung bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja _____ Woche

Leiden Sie an Erkrankungen im Bereich Herz, Kreislauf oder Gefäßsystem?

Nein Herzschwäche Herzinfarkt Schrittmacher Bypass

Sonstige _____

Benötigen Sie auf Grund der o. g. Erkrankungen einen Endokarditisschutz (Antibiotika)?

Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Keine Marcumar ASS 100 ASS 500

Sonstige _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten festgestellt worden (Hepatitis, HIV, TBC o. ä.)?

Nein Ja _____

Liegen Organ- oder Stoffwechselstörungen vor (Diabetes o. ä.)?

Nein Ja _____

Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Nein Ja _____

Liegen bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Materialien vor?

Nein Penicillin Quecksilber/Amalgam Nickel Sonstige _____

Haben Sie jemals Probleme nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen gehabt?

Nein Ja _____

Leiden Sie an anderen Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt worden ist?

Nein Ja _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

Ja Nein

Schnarchen Sie:

Ja Nein

Wir arbeiten als Bestellpraxis und reservieren die vereinbarte Zeit exklusiv für Sie, um die Wartezeiten möglichst gering zu halten. Wir bitten daher um pünktliches Erscheinen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Absage spätestens 24 Stunden vorher. Nicht abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Außerdem bestätige ich hiermit, daß mir nicht abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift