



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angepasste und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Patient)

Vorname (Patient)

Geburtsdatum (Patient)

Name (Versicherter)

Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum (Versicherter)

Versicherungsstatus

privat

gesetzlich

Beihilfe

Zusatzversicherung

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Handy

Beruf

Sie erhalten in unserer Praxis eine qualitativ hochwertige und auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung. Wir orientieren uns dabei an höchsten Qualitätsstandards. Sie werden über alle Maßnahmen und ggf. damit verbundenen Kosten ausführlich aufgeklärt. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zur Behandlung haben. Gemeinsam wollen wir mit Ihnen die richtige und auch wirtschaftlich sinnvolle Therapieform finden.

Wir sind immer bemüht, Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine nur in dringenden Notfällen, spätestens jedoch einen Arbeitstag vor der Behandlung abzusagen! Nicht abgesagte Termine würden wir Ihnen nur ungern in Rechnung stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen zur akuten Notfallbehandlung aufsuchen, gegebenenfalls priorisiert werden müssen, auch wenn dadurch evtl. Wartezeiten entstehen können.

Anmerkung: Wir halten medizinische Vorträge im In- und Ausland und veröffentlichen wissenschaftliche Artikel in ärztlichen Fachzeitschriften. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass wir von Ihnen ggf. angefertigte Fotos/wissenschaftliche Dokumentationen - selbstverständlich ausschliesslich in vollständig anonymisierter Form- verwenden dürfen.

Auf wessen Empfehlung kommen Sie bzw. wer ist Ihr Zahnarzt?

Sind Sie zur Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung?

Nein Wenn ja, weshalb:

Nehmen Sie Medikamente?

Nein Wenn ja, welche:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Aspirin, Markumar, ASS 100, o.ä.?

Nein Wenn ja, welche:

Werden oder wurden Sie mit Medikamenten gegen Osteoporose, Autoimmunerkrankungen oder Krebsleiden behandelt? Dazu zählen sogenannte Bisphosphonate (z.B. Diphos[®], Didronel[®], Etidronat[®], Bonefos[®], Ostac[®], Aredia[®], Fosamax[®] oder Bondranat[®]) oder monoklonale Antikörper (Prolia[®], XGEVA[®]). Bitte beachten Sie: nicht immer werden diese Medikamente in Tablettenform eingenommen, häufig gibt es auch sog. „Depotspritzen“, die Sie viertel- bis halbjährlich bei Ihrem behandelnden Arzt bekommen. Wenn Sie hierzu Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie Überempfindlichkeiten / Allergien, z.B. Penicillin?

Nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie andere Krankheiten, z.B. Asthma, Herzrhythmusstörungen, Epilepsie?

Nein Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?	Nein	Ja	Haben Sie künstliche Gelenke?	Nein	Ja
Bluten Sie lange?	Nein	Ja	Haben Sie Diabetes / Zucker?	Nein	Ja
Nehmen Sie Cortison?	Nein	Ja	Haben Sie Infektionskrankheiten, z.B. TBC, Aids?	Nein	Ja
Haben Sie Nierenerkrankungen?	Nein	Ja	Haben Sie Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis?	Nein	Ja
Haben Sie Herzklappenfehler?	Nein	Ja	Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen, z.B. Blutdruck?	Nein	Ja
Haben Sie Herzklappenprothesen?	Nein	Ja	Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?	Nein	Ja
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Nein	Ja	Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	Nein	Ja

Bitte teilen Sie uns umgehend jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Medikamenteneinnahme mit.

Wir danken für Ihr Vertrauen

Ihr Praxisteam Dr. Ruppin & Kollegen

Ort / Datum

Unterschrift