



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
drs. Michiel Verbruggen
 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
Dr. Vera Meisterjahn

Am Nöllenhof 4
 58675 Hemer

Tel. 0 23 72 . 36 00
 Fax 0 23 72 . 75 79 6

info@verbruggen.de
www.verbruggen.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Sie auszurichten. Zum Beispiel können sich einige Medikamente gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Bitte beantworten Sie die Fragen daher wahrheitsgemäß. Wir legen viel Wert auf unser persönliches Gespräch. Der Fragebogen dient dazu, dieses zu unterstützen und Zeit für Ihre Behandlung zu gewinnen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen über die Krankenkasse

Telefon- oder Branchenbuch Zeitung

Überwiesen worden durch: _____

Internet, über die Seite: _____

Sonstiges: _____

Falls Sie eine Empfehlung von einer Bekannten oder einem Bekannten hatten, haben Sie sich im Vorfeld zusätzlich unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per Email

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____

Ort: _____

Gesundheitliche Risiken

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass oder reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Erkrankungen:

zu hoher Blutdruck? ja nein

zu niedriger Blutdruck? ja nein

Herzerkrankung? ja nein

Herzklappenfehler/ -ersatz? ja nein

sonstige Herzerkrankung: _____

Lebererkrankung? ja nein

Diabetes? ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Infektionskrankheiten (Tbc, Gelbsucht, AIDS) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rheuma / Gicht? ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Migräne ja nein

Grüner Star ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Schnarchen Sie im Schlaf? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja in welcher Woche? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift