



Zahnarztpraxis Dr. Dirk Polke

Hüttenstr.1 40215
Düsseldorf
Tel. 0211 - 375750

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. Diese Angaben sind nur für den praxisinternen Gebrauch und unterliegen der ärztliche Schweigepflicht.

Patient

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Straße	PLZ/Ort
--------	---------

Telefon	Krankenkasse	Beruf
---------	--------------	-------

Arbeitgeber

Versicherter

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Straße	PLZ/Ort
--------	---------

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns, auch 14 Tage später nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Privatrechnung.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund ihres Zahnarztbesuches		
_____			Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (TBC, Hepatitis, Aids ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Interesse Pflege-techniken zur Verbesserung der Zahngesundheit kennen zulernen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber – Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?		
Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ bei _____		
Nehmen Sie Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzter behandelnder Zahnarzt		
_____			_____		
Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam / bzw. wer hat uns empfohlen ?		
Hausarzt _____			_____		

Hinweis:

Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dabei reservieren wir für Sie Behandlungszeit. Daher bitten wir Sie, ihre Termine pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Düsseldorf, den

Unterschrift.....