



Dr. med. dent.

Hendrik Schwarm

Zahnarzt und Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie
Kaiserstraße 100 | 66386 St. Ingbert
Tel. **06894 37955** | info@praxis-schwarm.de
www.praxis-schwarm.de

HINWEIS: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, und um Sie in Ruhe behandeln zu können wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Telefon/Mobil	Email (Jährl. Terminerinnerung/Recall)
Straße	PLZ/Ort
Arbeitgeber, Beruf, Telefon Arbeitgeber	
Versicherung Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (Name)
Empfohlen durch	
Grund Ihres Zahnarztbesuchs Kontrolle <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/>	

Risiko-Anamnese

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
oder im Krankenhaus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie Lebererkrankungen (Hepatitis)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Leiden Sie an

Herz- oder Kreislauferkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten, Blutungsneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien, z.B. Asthma, Heuschnupfen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen _____

Datum der letzten Röntgenuntersuchung/ Was wurde geröntgt _____

Bei minderjährigen Patienten: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum _____ Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund _____

Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter _____