



CAMBODONT

FRAGEBOGEN

WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um Ihnen eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

PERSÖNLICHES:

m w d

Name, Vorname

Geschlecht

Geburtsort

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

Telefon mobil / Arbeit

E-Mail

Beruf

Hausarzt

Krankenkasse

Name, Vorname Hauptversicherter

Geburtsdatum Hauptversicherter

Straße, Hausnummer Hauptversicherter

Postleitzahl, Ort Hauptversicherter

www.cambodont.de

Franz-von-Ried-Straße 6 / 87439 Kempten / T +49 (0)831 97886 / F +49 (0)831 69712700 / info@cambodont.de



KARDIO

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein
Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
Herzklappenerkrankung/ -defekt ja nein
Herzerkrankung ja nein
Endokarditis-Prophylaxe ja nein

ALLERGIEN

- Lokalanästhetika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein
Sonstige:

INFEKTIONEN

- HIV ja nein
Hepatitis A, B oder C ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige:

WEITERE ERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörung ja nein
Asthma ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörung ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Grauer Star ja nein
Sonstige:

ALLGEMEINES

- Suchterkrankungen ja nein
Raucher/in ja nein
Schwangerschaft ja nein
Regelmäßige Medikamente:

Warum kommen Sie in die Praxis?

- Kontrolle
 Zahnersatz
 Prophylaxe
 akute Schmerzen
 Sonstiges

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung
 Internet
 Überweisung
 Telefonbuch / Branchenbuch
 Sonstiges

Mit einer Erinnerung zur Vorsorgeuntersuchung bin ich einverstanden: ja nein

Ich möchte den regelmäßigen Praxis-Newsletter erhalten: ja nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden. Über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen werde ich Auskunft geben. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r