

DIEBASIS

IMPLANTATZENTRUM
HARLACHING

BEVOR WIR UNS IN RUHE ÜBER IHRE ZAHNMEDIZINISCHEN WÜNSCHE UNTERHALTEN, BENÖTIGEN WIR NEBEN IHREN PERSONALIEN AUCH AUSKÜNFTE ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. 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

ARBEITGEBER

SIE ERHALTEN IN UNSERER PRAXIS EINE QUALITATIV HOCHWERTIGE UND AUF IHRE BEDÜRFNISSE ABGESTIMMTE BEHANDLUNG. WIR ORIENTIEREN UNS AN INTERNATIONALEN QUALITÄTSSTANDARDS. SIE WERDEN ÜBER ALLE MASSNAHMEN UND DIE DAMIT VERBUNDENEN KOSTEN AUSFÜHRLICH – AUCH SCHRIFTLICH – AUFGEKLÄRT. BITTE SPRECHEN SIE UNS AN, WENN SIE FRAGEN ZU IHRER BEHANDLUNG HABEN. GEMEINSAM WOLLEN WIR FÜR SIE DIE RICHTIGE UND AUCH WIRTSCHAFTLICH SINNVOLLE THERAPIE FINDEN.

WIR SIND IMMER BEMÜHT, IHNEN LANGE WARTEZEITEN ZU ERSPAREN. DESHALB BITTEN WIR SIE, VEREINBAREN

TERMINE NUR IN DRINGENDEN NOTFÄLLEN, SPÄTESTENS JEDOCH EINEN ARBEITSTAG VOR DER BEHANDLUNG ABZUSAGEN. NICHT ABGESAGTE TERMINE WÜRDEN WIR IHNEN NUR UNGERN IN RECHNUNG STELLEN.

GLEICHZEITIG BESTÄTIGEN SIE, DASS VON UNS ANGEFERTIGTE FOTOS ZUR DOKUMENTATION UND FÜR WISSENSCHAFTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN/VORTRÄGE OHNE ANGABE IHRES NAMENS BENUTZT WERDEN DÜRFEN. BEDENKEN SIE BITTE, DASS PATIENTEN, DIE UNS MIT SCHMERZEN AUFSUCHEN, IN DAS BESTELLSYSTEM EINGEBUNDEN WERDEN MÜSSEN – DADURCH KANN ES GELEGENTLICH ZU ZEITVERZÖGERUNGEN KOMMEN.

AUF WESSEN EMPFEHLUNG KOMMEN SIE?

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 BISPHOSPHONATEN BEHANDELT (BEI OSTEOPOROSE ODER KREBS) Z.B. AREDIA, BONDRONAT, BONEFOS, FOSAMAX, OSTAX ODER ZOMETA?

 NEIN WENN JA, WELCHE?

HABEN ODER HATTEN SIE ÜBEREMPFINDLICHKEITEN/ALLERGIEN, Z.B. PENICILLIN?

 NEIN WENN JA, WELCHE?

HABEN ODER HATTEN SIE EINE ANDERE KRANKHEIT, Z.B. ASTHMA, HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN, EPILEPSIE?

 NEIN WENN JA, WELCHE?

JA NEIN

RAUCHEN SIE?

BLUTEN SIE LANGE?

NEHMEN SIE CORTISON?

HABEN SIE NIERENERKRANKUNGEN?

HABEN SIE EINEN HERZKLAPPENFEHLER?

HABEN SIE HERZKLAPPENPROTHESEN?

HABEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER?

JA NEIN

HABEN SIE KÜNSTLICHE GELENKE?

HABEN SIE DIABETES/ZUCKER?

HABEN SIE INFEKTIONSKRANKHEITEN?
(Z.B. TBC/AIDS,...)

HABEN SIE LEBERERKRANKUNGEN?
(Z.B. HEPATITIS)

HABEN SIE HERZ-/ KREISLAUFERKRANKUNGEN?
(Z.B. BLUTDRUCK)

TRATEN NACH ZAHNÄRZTLICHEN SPRITZEN
NEBENWIRKUNGEN AUF?

FÜR PATIENTINNEN: SIND SIE SCHWANGER?

DURCH MEINE UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN.

DATUM & UNTERSCHRIFT