

HERZLICH WILLKOMMEN BEI DR. THIESBRUMMEL & KOLLEGEN.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Formulare auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse (optional)

Hausarzt (Name und Anschrift)

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Telefonbuch/Gelbe Seiten

Empfehlung

Internet (Empfehlungsportal/Suchmaschine/Website)

Sonstiges

ANAMNESEBOGEN

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

1. Allergien

2. Anfallsleiden (Epilepsie)

3. Atemwegserkrankungen

4. Blutgerinnungsstörung

5. Diabetes

6. Glaukom

(erhöhter Augendruck / Grüner Star)

7. Hämatologische Erkrankungen

8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

9. Infektionskrankheiten

10. Lebererkrankungen

11. Magen-Darm-Erkrankungen

12. Nierenerkrankungen

Falls Sie mit Ja antworten, bitte ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen

Penicillinallergie

Jodallergie

Eugenolallergie

Latexallergie

Natriumdisulfidallergie

Sonstige:

Asthma

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Sonstige:

Welche Form?

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

Medikamentös eingestellt Ja Nein

Herz- oder Herzklappenfehler

Kardiomyopathie

Mitralklappenprolaps

Herzklappenersatz

Zustand nach Endokarditis

Herzinsuffizienz

Koronare Herzkrankheit (angina pectoris)

Herzinfarkt (In welchem Jahr?)

Herzrhythmusstörungen

Herzschrittmacher

Hypertonie (hoher Blutdruck)

Hypotonie (niedriger Blutdruck)

Ohnmachtsneigung

Schlaganfall (Apoplex) wann?

Hepatitis HIV

Sonstige:

Art der Erkrankung:

Art der Erkrankung:

Chronische Niereninsuffizienz

Dialyse Sonstige:

Besteht bzw. Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Ja **Nein**

Falls sie mit Ja antworten, bitte ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen

13. Osteoporose

Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja Nein

14. Rheumatoide Arthritis

Ja Nein

15. Schilddrüsenerkrankungen

Ja Nein

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

16. Tumorerkrankung

Ja Nein

Wurde eine Bestrahlungs- oder Chemotherapie vorgenommen?

Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja Nein

17. Frühere Operationen / Transplantationen

Ja Nein

Wenn ja, welche?

18. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Schwangerschaftsmonat:

19. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Ja Nein

Marcumar ASS Plavix

Clopidogrel Sonstige:

20. Nehmen Sie andere Medikamente?

Ja Nein

Bisphosphonate

Antidepressiva

MAO Hemmer

Antiparkinson Mittel

Methyl-Dopamin

Sonstige:

21. Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)

Ja Nein

Art der Erkrankung:

22. Suchterkrankung

Ja Nein

Art der Erkrankung:

23. Rauchen Sie?

Ja Nein

Zigaretten pro Tag:

24. Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Ja Nein

WICHTIGE INFORMATION

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 auftretenden Änderungen meiner Angaben 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.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

PATIENTENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DAS RECALL

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service (Recall-Service) für Ihre individuelle Nachsorge an. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recallterminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. In der Regel ist eine halbjährliche Kontrolluntersuchung ausreichend.

Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres Recall-Services postalisch oder per E-Mail an Ihre nächste anstehende Untersuchung, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren können.

Ihr Praxisteam

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ja

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an meinen nächsten Nachsorgetermin. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Nein

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis **nicht** in Anspruch nehmen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient / Bevollmächtigter