



ZAHNÄRZTE NEUBULACH

DR. FRANZISKA MARIE RECHTSTEINER
DR. MARKUS RECHTSTEINER M.Sc.

PERSÖNLICHE DATEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon Geschäft (freiwillige Angabe)	

VERSICHERUNG

<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ, Ort	

HAUSARZT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Werbung	

GRUND IHRES BESUCHS?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung	<input type="checkbox"/> Beratung
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnmedizin	<input type="checkbox"/> 2. Meinung
<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Implantologie	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Was ist Ihnen besonders wichtig?

ZAHNÄRZTE NEUBULACH | BAG Dr. Franziska Marie Rechtsteiner & Dr. Markus Rechtsteiner M.Sc.

Dr. Franziska Marie Rechtsteiner
Dr. Markus Rechtsteiner M.Sc.
Calwer Straße 22
75387 Neubulach

T +49 (0) 7053 - 967 86 40
F +49 (0) 7053 - 967 86 42
info@zahnarzt-neubulach.de
www.zahnarzt-neubulach.de

Bitte wenden
Seite 1

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen: (aktuell oder vergangen)

- Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzinfarkt ja nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen: (aktuell oder vergangen)

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/
Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-
Krankheit (vCJK) ja nein
andere Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ja nein

Weitere Erkrankungen (aktuell oder vergangen)

- Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Epilepsie ja nein
Tumorerkrankung/Krebs ja nein
Osteoporose ja nein
Rheuma ja nein
Kopf-/Gesichtsschmerzen ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung/-funktionsstörung ja nein
Lebererkrankung/-funktionsstörung ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Augenerkrankung (z.B. Glaukom) ja nein
Magen-Darmerkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Latex ja nein
Metalle:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig bzw. zurzeit ein?

- Bisphosphonate? ja nein
blutverdünnende Mittel? ja nein

Allgemeine Angaben

- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?
Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich?

- Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?
Seit wann Nichtraucher?

- Besteht eine Schwangerschaft ja nein
Wenn ja, welcher Monat?

Hatten Sie schon einmal eine Unfallverletzung im Gesichtsbereich? ja nein

Sind Sie Stammzellen-/ Organtransplantiert ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Haben/hatten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Haben/hatten Sie eine Strahlentherapie? ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 h vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

ZAHNÄRZTE NEUBULACH | BAG Dr. Franziska Marie Rechtsteiner & Dr. Markus Rechtsteiner M.Sc.

Dr. Franziska Marie Rechtsteiner
Dr. Markus Rechtsteiner M.Sc.
Calwer Straße 22
75387 Neubulach

T +49 (0) 7053 - 967 86 40
F +49 (0) 7053 - 967 86 42
info@zahnarzt-neubulach.de
www.zahnarzt-neubulach.de