

ERFASSUNGSBOGEN

DR. WÜRDINGER
fachzahnarztpraxis



Vor- und Zuname ggf. Titel _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Beruf _____

Name Hauptversicherter _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____ Zusatzversicherung _____

Anschrift _____

Telefon (privat) _____ (dienstlich) _____ (mobil) _____

E-Mail _____

Überweisender Zahnarzt _____

Hausarzt _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein.

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z. Zt. noch in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Vertragen sie gewisse Arzneimittel nicht? Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? _____

Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge, Allergiepass?

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?

Leiden oder littten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankung (z. B. Infarkt, Angina pectoris)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[z. B. Gelbsucht, Leberzirrhose]		
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krampfleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z. B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV)			Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Seit wann? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, seit wann? _____

Sind Sie Blutspender?

Grund Ihres Praxis-Besuchs? _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Überweisung Empfehlung Internet

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. med. dent. Robert Würdinger
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Frankfurter Straße 6
35037 Marburg

TEL +49 6421 1688990
FAX +49 6421 1688991
MAIL info@dr-wuerdinger.de
WEB www.dr-wuerdinger.de