



HERZLICH WILLKOMMEN IN DER PRAXIS DR.HÖVER !

Bevor Sie in Ruhe Ihre zahnmedizinischen Wünsche äußern können, werden neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand benötigt. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen alle der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr.Christoph Höver

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter

\_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel: privat/tagsüber \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
o.Versicherung

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Es werden für Sie, falls erforderlich, gleich mehrere Termine reserviert. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und ermöglicht eine stressfreie Behandlung. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Das heißt aber auch, daß nicht eingehaltene Termine Praxisleerlauf bedeuten und Ihnen berechnet werden können!

Bitte halten Sie Ihre Termine daher pünktlich ein oder sagen Sie sie mindestens einen Tag vorher ab.

Viele Schäden lassen sich durch vorbeugende Maßnahmen vermeiden. Wir bieten Ihnen hierzu ein intensives, wissenschaftlich belegtes **Prophylaxeprogramm** an.

ja, ich möchte hierzu weitere Informationen erhalten

nein

Hinweise zur Anästhesie:

Die Ihnen bekannte Betäubung im Unterkiefer kann in seltenen Fällen auch bei genauester Anwendung eine vorübergehende oder im schlimmsten Fall auch dauerhafte Sensibilitätsstörung des Unterkiefer- oder Zungennervs hervorrufen. Wenn Sie diese Betäubung ablehnen, bitten wir Sie, und dies hier mitzuteilen:

Ich lehne die Leitungsanästhesie im Unterkiefer ab:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, im Rahmen des angebotenen Recall-Systems **unverbindlich** über den nächsten notwendigen Untersuchungstermin informiert zu werden ( ggf. bitte streichen )



## 1. Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?

ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? \_\_\_\_\_

## 2. Hausarzt / Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## 3. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? \_\_\_\_\_

## 4. Allergien:

4a. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? \_\_\_\_\_

4b. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Materialien? \_\_\_\_\_

4c. Besitzen Sie einen Allergiepass? \_\_\_\_\_

ja  nein

4d. Haben Sie Asthma ?

ja  nein

## 5. Herz-/Kreislaufkrankungen:

5a. Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung (Herzinsuffizienz, unregelmäßiger Herzschlag, Angina pectoris, **Herzinfarkt**, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher)?

ja  nein

Welche ? \_\_\_\_\_

5b. Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?

ja  nein

5c. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (ASS, Markumar, Heparin, andere)?

ja  nein

## 6. Vegetative Erkrankungen:

6a. Ohnmachtsanfälle ?

ja  nein

6b. Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ?

ja  nein

Sonstiges ? \_\_\_\_\_

## 7. Stoffwechselerkrankungen:

7a. Zuckerkrankheit (Diabetes) ?

ja  nein

7b. Magen- Darmerkrankungen ?

ja  nein

7c. Schilddrüsenerkrankungen ?

ja  nein

Sonstiges ? \_\_\_\_\_

## 8. Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle ?

ja  nein

Krämpfe ?

ja  nein

Sonstiges ? \_\_\_\_\_

## 9. Bluterkrankungen:

9a. Blutungsneigung (Hämophilie) ?

ja  nein

9b. Blutarmut (Anämie) ?

ja  nein

Sonstiges ? \_\_\_\_\_

## 10. Infektionskrankheiten:

10a. Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ?

ja  nein

10b. Tuberkulose ?

ja  nein

10c. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt ?

ja  nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? \_\_\_\_\_

Sonstiges ? \_\_\_\_\_

## 11. Weitere Angaben:

11a. Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig ?

ja  nein

11b. Rauchen Sie? Menge?:

ja  nein

11c. Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch ?

ja  nein

11d. Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihren Zähnen?

ja  nein

11e. Welche Hilfsmittel benutzten Sie zur Zahnpflege?

(Handbürste, elektrische Bürste, Zahnseide, Zwischenraumbürste)

## 12. Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt ?

ja  nein

Wenn ja, wo ? \_\_\_\_\_

Die modernen Digitalröntgengeräte dieser Praxis gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

## 13. Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat ? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe ! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**