



Zahnärzte im Vinzentinum

Dr. E. Kampf
Dr. B. Evers
Dr. M. Maghsudi-Hamann

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um eine individuell auf Sie abgestimmte Zahnheilkunde mit modernsten Behandlungsverfahren zu ermöglichen und um Komplikationen zu vermeiden, bitten wir um folgende Angaben:

Herr Frau

Name:	
Vorname:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
Straße:	
E-Mail:	

Geb.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf:							
Tel. privat							
Tel. dienstl.							
Handy							

Versicherung gesetzlich privat

Krankenkasse _____

Sie sind uns wichtig.

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie einen speziellen Beratungswunsch?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? Ja Nein

starke Schmerzempfindlichkeit? Ja Nein

starken Würgereiz? Ja Nein

Bitte wenden



Zahnärzte im Vinzentinum

Dr. E. Kampf
Dr. B. Evers
Dr. M. Maghsudi-Hamann

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein

Beobachten Sie die Lockerung einzelner oder mehrerer Zähne? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein
(Schmerzmittel, Psychopharmaka bzw. Antidepressiva, etc.)

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien? wenn ja, unter welchen? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Befanden Sie sich in den letzten Jahren dauerhaft in ärztlicher oder klinischer
Behandlung? Wenn ja, weshalb? Ja Nein

Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen? Wenn ja, an welchen? Ja Nein

Ist Ihre Blutungsneigung erhöht? Heilen Wunden schlecht? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche? Ja Nein

Leiden Sie an Herzbeschwerden (Herzinfarkt, Angina pectoris etc.) oder tragen
Sie einen Herzschrittmacher / Herzklappenersatz? Ja Nein

Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? Ja Nein

Leiden Sie an einer Form von Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Wurde bei Ihnen AIDS diagnostiziert? Ja Nein

Leiden Sie an Hepatitis? Ja Nein

Leiden Sie an einer anderen Lebererkrankung? Wenn ja, welche? Ja Nein

Hildesheim, den _____

Unterschrift _____