



## Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Pantke

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse und Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. Andreas Pantke  
Ihre Petra Pantke  
Ihr Maximilian Pantke

### Name

Herr / Frau

Name

Vorname

geb.

### Mitglied

Name

Vorname

geb.

### Anschrift

Straße

Nr.

Tel. privat

Postleitzahl

Ort

Handy Nr.

### E-Mail

### Krankenkasse/ Versicherung

### Beruf

### Arbeitgeber

Tel.

### empfohlen durch

Die Krankenkassen honorieren **regelmäßige Kontrolluntersuchungen** mit einem Bonus, d.h. für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen usw.) erhalten Sie einen **deutlich höheren Zuschuss**.

**Gerne erinnern wie Sie an Ihre Kontrolluntersuchung**  Ja  Nein

Ich erkläre mich hierzu mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur möglichen Aufnahme in einem SMS - Erinnerungssystem oder Recall-System einverstanden.

### Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlungen in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.



### Grund Ihres Zahnarztbesuches

Kontrolluntersuchung	Zahnschmerzen	Zahnfleischbluten
Implantate	Prophylaxe	Ästhetik
andere Gründe .....		

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Angina pectoris
- Schrittmacher

#### Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen
- Zustand nach Schlaganfall

#### Erkrankungen des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter
- Gerinnungshemmende Medikamente
- Welche? .....

#### Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

#### Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis
- Tuberkulose
- Lungenentzündung

#### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung
- Refluxkrankheit

#### Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

#### Leber

- Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)

#### Bewegungsapparat

- Rheuma
- rheumatoide Arthritis
- Gicht



**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

**Zentrales Nervensystem**

epileptische Anfälle

**Vegetatives Nervensystem**

Kopfschmerzen

Migräne

**Stoffwechsel**

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

**Leiden oder litten Sie an den folgenden Erkrankungen?**

Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

HIV bzw. AIDS

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Osteoporose

sonstige Erkrankungen

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Krankheit?

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie z. Zt. schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? .....

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragung der letzten 10 Jahre)

**Mein Hausarzt ist:**

Name .....

Straße .....

Ort .....

Telefon .....

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Gießen, den .....

Unterschrift .....