



Wir begrüßen Sie herzlich in der Gemeinschaftspraxis  
Dr. Mortezaei & Dr. Cacaci & Dr. Danias!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

### Bitte beachten Sie!

#### Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Zudem erhalten Sie von uns (mind. 1 Tag) vor Ihrem Termin eine Bestätigungs-SMS, -E-Mail oder einen Anruf.

Patient/in  
Herr/Frau/Kind .....

Name	Vorname	geb./Geburtsort
------	---------	-----------------

Mitglied .....

Name	Vorname	geb./Geburtsort
------	---------	-----------------

Anschrift .....

Straße	Nr.	Postleitzahl	Ort
--------	-----	--------------	-----

Telefon .....

Tel. tagsüber / dienstlich	Tel. privat
----------------------------	-------------

.....

Mobil	E-Mail
-------	--------

Beruf .....

Arbeitgeber
-------------

Krankenkasse  
oder Versicherung .....

privat     Beihilfe     private Zusatzversicherung     privater Standardtarif

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

private Empfehlung	<input type="checkbox"/>	durch wen? .....
Focus Implantologenliste	<input type="checkbox"/>	
überweisender Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	Praxis Dr.: .....
Internet	<input type="checkbox"/>	

**Ärztliche Behandlung:** Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?  nein  ja

Wenn ja, weswegen? .....

**Hausarzt / Zahnarzt:** Name, Adresse oder Telefonnummer: .....

.....

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

**Sehr wichtig!!!**

**Rauchen Sie?**  nein  ja

Wenn ja, ca. wieviele Zigaretten / Tag? .....

Nehmen oder nahmen Sie je **Biphosphonate** (z.B. Didronel, Bonefos, Aredia, Fosamax, Bondranat, Acetonel, Skelid, Bonviva, Ostac, Zometa oder andere) **ein** (z.B. nach Tumorerkrankung, Osteoporosetherapie)?

nein  ja  weiß nicht  per Infusion/Spritze

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  nein  ja welches: .....

Haben Sie künstliche Gelenke?  nein  ja welches: .....

**Allergien:** Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

**Herzerkrankungen:** Herzschwäche (Insuffizienz)?  nein  ja

Herzasthma, Angina pectoris?  nein  ja

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  nein  ja

Hatten Sie je einen **Herzinfarkt**? Wenn ja, wann? .....  nein  ja

Sonstiges: .....

**Kreislaufferkrankungen:** Zu hoher Blutdruck?  nein  ja

Zu niedriger Blutdruck?  nein  ja

**Stoffwechsel- Erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)?  nein  ja

Magen-Darmerkrankungen?  nein  ja

Schilddrüsenerkrankungen?  nein  ja

**Erkrankungen des**

**Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle?  nein  ja

Krämpfe?  nein  ja

**Bluterkrankungen:** Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)?  nein  ja

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)?  nein  ja  
Tuberkulose?  nein  ja  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.?  nein  ja  
Sind Sie HIV positiv?  nein  ja

**Sonstiges:** Schlaganfall?  nein  ja  
grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)?  nein  ja  
Schwangerschaft  nein  ja  
Wenn ja, in welcher Woche? .....

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? .....

**Weitere Angaben:** Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  nein  ja  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  nein  ja

Wenn ja, Praxis Dr.: .....

Anschrift: .....

Welche Wünsche/ Beschwerden führen Sie zu uns? .....

.....

Welche Erwartungen haben Sie an uns? .....

.....

-----  
Ort

-----  
Datum

-----  
Unterschrift Patient

