

Dr. med. stom. Alexander Coler

Dr. med. stom. Monica Coler

Zahnarztpraxis

Isartorplatz 6

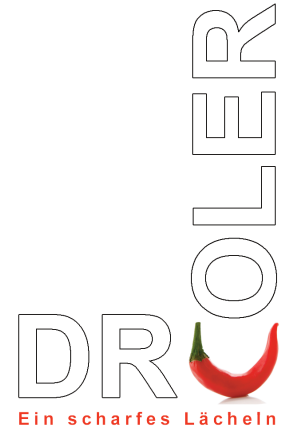
80331 München

Tel 089 / 22 56 55

Fax 089 / 29 17 14

www.dr-coler.de

info@dr-coler.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und heißen Sie recht herzlich willkommen.
Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Anliegen unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und einige Angaben.

Patient: Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Mitglied: Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift: Strasse/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Anschrift Arbeitgeber: _____

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Dienstlich: _____

E-Mail: _____

Versicherung: Krankenkasse : _____
Gesetzlich: Ja Nein Freiwillig: Ja Nein Zusatzversicherung _____
Private Krankenkasse: _____ Basistarif: Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Bei eventuellen Schwierigkeiten wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Risikoanamnese (Bitte ankreuzen)

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?
Wenn „ja“, aus welchem Grund? _____ Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn „ja“, welche? _____ Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
Aspirin: Ja ASS: Ja Marcumar: Ja Tricloidin: Ja Clopidogrel: Ja Plavix: Ja

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente empfindlich?
Wenn „ja“, gegen welche? _____ Ja Nein

Hatten Sie Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen? Ja Nein

Sind Sie schwanger?
Wenn „ja“, welche Schwangerschaftswoche? _____ Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

Nennen Sie uns bitte Ihren Hausarzt? _____

Ihr Anliegen (Bitte ankreuzen)

Kontrolluntersuchung Zahnschmerzen Zahnfleischbluten Kiefergelenksbeschwerden
 Sonstiges: _____

Dr. med. stom. Alexander Coler

Dr. med. stom. Monica Coler

Zahnarztpraxis

Isartorplatz 6

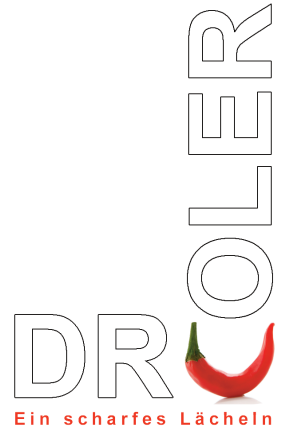
80331 München

Tel 089 / 22 56 55

Fax 089 / 29 17 14

www.dr-coler.de

info@dr-coler.de



Leiden Sie an (Bitte ankreuzen)

Herz-/Kreislaufkrankungen:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | |

Erkrankungen des Blutes: Gerinnungsstörungen

- Lebererkrankung
 Nierenerkrankung

Zuckerkrankheiten: Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II

- Rheuma
 Arthrose

Stoffwechselerkrankung: Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie solche Medikamente in der Vergangenheit eingenommen? Ja Nein

Augenerkrankung: Grüner Star Grauer Star

Allergien: Asthma Sonstige Allergien: _____

- Geschlechtskrankheiten
 Anfallsleiden, z.B. Epilepsie

Infektionskrankheiten: Hepatitis Tuberkulose HIV Aids

Sonstige Erkrankungen: _____

Sie wünsche eine Beratung über ... (Bitte ankreuzen)

- professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe) Zahnaufhellung (Bleaching) Zahnersatz oder Füllungstherapie Implantate
 zahnärztliche Hypnose (für Angstpatienten oder für entspannte Zahnheilkunde)

Sollen wir Sie für Kontrolltermine anschreiben? Ja, alle 4 Monate Ja, alle 6 Monate Nein

Lieber Patient, wir nehmen uns für Sie Zeit und Ruhe. Damit auch für Andere keine unnötigen Wartezeiten entstehen, bitten wir Sie um pünktliches Erscheinen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei Fernbleiben ohne rechtzeitige Absage sind wir gezwungen, Ihnen die für uns entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen (50 Euro / 30 Min.) Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben. Vielen Dank.

München, _____ Unterschrift Patient _____