



Zahnarztpraxis

Dr. Daniela Hervatin & Ann-Kristin Jurawitz

Walsroder Str. 10

30851 Langenhagen

Liebe Patientin!
Lieber Patient!

Bevor sich unser Praxisteam mit Ihren zahnmedizinischen Wünschen und/oder Problemen befassen kann, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gezielte und vor allem risikoarme Behandlung! Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort Tel. dienstlich

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

empfohlen/überwiesen durch: _____

Wir werden, falls notwendig, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir können für Sie Qualitätsarbeit ohne Zeitdruck erbringen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage.

Falls Sie von uns darüber informiert werden wollen, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden, sprechen Sie uns einfach darauf an. Wir beraten Sie gerne!

Bitte wenden ->

Gesundheitsfragebogen

Hausarzt: _____

Sind Sie bei einem **Facharzt** in Behandlung?

(Name, Anschrift): _____

JA (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

- Leiden Sie an Zahnfleischbluten?
- Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?
- Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

- Allergien (z.B. Penicillinallergie)? _____
- Herzerkrankung(z.B. Herzschwäche/Insuffizienz, Arrhythmien, Herzasthma, Angina pectoris, Herzschrittmacher)? _____
- Hoher Blutdruck?
- Niedriger Blutdruck?
- Blutgerinnungsstörung? _____
- Lebererkrankung? _____
- Nierenerkrankung? _____
- Diabetes(Zucker)? _____
- Rheumatische Erkrankung?
- Infektionskrankheit (z.B. TBC, HIV, Hepatitis)? _____
- Zeigen Sie Spritzenreaktionen (z.B. Ohnmacht, Übelkeit)? _____
- Epilepsie? _____
- Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit? _____
- Schilddrüsenerkrankung? _____
- Magen-/Darmerkrankung? _____
- Andere Erkrankungen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? Stillzeit?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Zahn-Kiefer- oder Kopfbereich geröntgt?

Möchten Sie von uns per Telefon regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?

Bitte beachten Sie, dass nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze) Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann, z.B. im Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen!

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben zeichnet:

(Datum, Unterschrift)

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!



Zahnarztpraxis

Dr. Daniela Hervatin & Ann-Kristin Jurawitz

Walsroder Str. 10

30851 Langenhagen

Dear Patient,

before our dental team can deal with your unique requirements, we need some personal information as well as data about your general health. This is important for targeted and especially low risk treatment! Your information is subject to medical confidentiality.

Patient: _____
 name first name birth date

member: _____
 name first name

address: _____
 street no. private phone number

 postal code place phone number on duty

health insurance: _____

profession: _____

referred by: _____

We will, if necessary, reserve multiple appointments for you. This way you can avoid longwaiting periods and we can provide quality work without time pressure.

If you can not keep an appointment, we ask for early cancellation.

You are welcome to ask about modern high quality restorations. Even if those benefits from your insurance company will not or partially cover the cost, we can advise you on affordable options.

Please turn over the page ->

Health Questionnaire

General Practice: _____

Do you require treatment by a specialist?

(name,address): _____

- Do you suffer from bleeding gums?
- Do you have frequent headaches and neck pain?
- Do you have sometimes a metallic taste?

- Allergies (for example penicillin allergy)?: _____
- Heart disease (e.g. heart failure/insufficiency, arrhythmia, cardiac asthma, angina pectoris, pacemaker): _____
- High blood pressure? _____
- Low blood pressure? _____
- Bleeding disorder? _____
- Liver disease? _____
- Kidney disease? _____
- Diabetes? _____
- Rheumatic disease? _____
- Infectious disease (for example tuberculosis, HIV, hepatitis)? _____
- Did you injection reactios (for example nausea)? _____
- Epilepsy? _____
- Drug and / or alcohol addiction? _____
- Thyroid disease? _____
- Stomach or bowel disorders? _____
- Other diseases? _____

What kind of medication do you require at the moment? _____

For female patients:

- Are you pregnant? Do you give your baby the breast?

When were your last x-rayed in tooth/mouth/head area?

- Do you want to be regularly reminded by Telephone calls to keep appointments?

Please note that after treatment with local anesthesia (shots) your ability to react may be impaired, for example, road transport and operating machinery! Please inform us of any change in your health and your address!

Kennntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben zeichnet:

(Date and your signature)

Thank you!