



Dr. Jabs

Dr. Reiner Jabs

Dufkampstraße 66

48703 Stadtlohn

Tel.: 0 25 63 - 44 13

info@zahnarzt-stadtlohn.de

www.zahnarzt-stadtlohn.de

Bitte kreuzen Sie an, falls folgende Erkrankungen oder Umstände bei Ihnen vorliegen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Asthma | ☐ Marcumar |
| ☐ Diabetes | ☐ Lähmungen |
| ☐ Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis A, B, C) | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Kreislauferkrankungen |
| ☐ Anfallserkrankungen (Epilepsie) | ☐ Blutgerinnungsstörung |
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Rheuma |
| ☐ Herzinfarkt | |
| ☐ Allergien, welche: | |
| ☐ sonstige Erkrankungen/Suchterkrankungen: | |

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

☐ Ja ☐ Nein

Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft:

☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viel?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne

(z. B. Zahnfarbe oder Zahnstellung)?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie schon über Prophylaxe /

professionelle Zahnreinigung informiert worden?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnpflege?

- | | |
|--|---|
| ☐ Zahnbürste ☐ weich ☐ mittel ☐ hart | ☐ Mundspüllösungen |
| ☐ Zahnseide | ☐ Elektrische Zahnbürste |
| ☐ Interdentalbürsten | ☐ Zahnholz |

Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche oder Anliegen?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ Empfehlung von Frau/Herrn: | |
| ☐ Telefonbuch/Gelbe Seiten | ☐ Internet |
| ☐ Sonstiges: | |

Sollten unvorhergesehene Umstände Sie an der Einhaltung eines Termins hindern, sagen Sie bitte mindestens einen Tag vorher telefonisch Bescheid! Ihre Mithilfe ermöglicht uns, den Praxisablauf so zu gestalten, daß wir uns Ihrer Behandlung in der gebotenen Ruhe widmen können. In letzter Zeit haben sich die Fälle von unangekündigt nicht eingehaltenen Terminen so dramatisch gehäuft, daß wir wiederholt unzuverlässigen Patienten ein Ausfallhonorar von € 35,- berechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb.) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

.....
Datum

.....
Unterschrift



Dr. Jabs

Dr. Reiner Jabs

Dufkampstraße 66

48703 Stadthoehn

Tel.: 0 25 63 - 44 13

info@zahnarzt-stadthoehn.de

www.zahnarzt-stadthoehn.de

Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, daß Sie sich entschieden haben, zur Zahnbehandlung in unsere Praxis zu kommen.
Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitten wir Sie, uns im Vorfeld einige Fragen zu beantworten!

Wir sind sehr darauf bedacht, Ihren persönlichen Bedürfnissen in der Behandlung gerecht zu werden.
Die Beantwortung der Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sind das Fundament für eine sichere und schonende zahnärztliche Therapie und deshalb von hoher Wichtigkeit. Natürlich behandeln wir alle Angaben gemäß der zahnärztlichen Schweigepflicht!

Nun zu Ihnen:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum / -ort:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil:

E-Mail:

Arbeitgeber:

Beruf:

Krankenversicherung:

Hausarzt:

Versicherter:

geb.:

Adresse: