



Unser Praxisteam heißt Sie

herzlich willkommen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Dr. Georg A. Roos MSc MSc

Implantologie und Parodontologie
Zahnarzt – Oralchirurgie

Regine Roos

Zahnärztin
Kinderzahnheilkunde

Basilikastraße 3
55411 Bingen / Rhein

fon: 0 67 21 / 799 000
fax: 0 67 21 / 799 001

info@zahnaerzte-roos.de
www.zahnaerzte-roos.de

Patient

Name / Vorname

Geburtsdatum

Mitglied

Name / Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Nr.

Postleitzahl / Ort

Tel.Nr.*

E-Mail-Adresse*

Krankenkasse- / Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?*

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten (z. B. zahnfarbene Seitenzahnfüllungen, Implantate ...) möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Recall

Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm und das Recallsystem informiert zu werden?

ja nein

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen oder Behandlungen, die unvorhersehbar länger dauern, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu zeitlichen Verzögerungen kommen. Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.

Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Datum / Unterschrift



Dr. Georg A. Roos MSc MSc

Implantologie und Parodontologie
Zahnarzt – Oralchirurgie

Regine Roos

Zahnärztin
Kinderzahnheilkunde

Basilikastraße 3
55411 Bingen / Rh.

fon: 0 67 21 / 799 000
fax: 0 67 21 / 799 001

info@zahnaerzte-roos.de
www.zahnaerzte-roos.de

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?

Herz- / Kreislaufferkrankungen

- Herzschwäche ja nein
- Angina pectoris ja nein
- Bypass-Operation ja nein
wenn ja, wann? _____
- Herzklappenersatz ja nein
- Endokarditis ja nein
- Hoher Blutdruck ja nein
wenn ja, Werte: _____
- Schlaganfall ja nein
wenn ja, wann? _____
- Niedriger Blutdruck? ja nein
- Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein? ja nein
- Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen oder
haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Vegetative Erkrankungen

- Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? ja nein
- Nehmen Sie Beruhigungsmittel? ja nein

Allergien

- Penicillin-Überempfindlichkeit? ja nein
- Überempfindlichkeit geg. Medikamente? ja nein
- Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen ja nein
- Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Infektionskrankheiten

- Hepatitis ja nein
- Tuberkulose (TBC) ja nein
- HIV/ AIDS ja nein
- MRSA ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein

Nervensystemerkrankungen

- Krampfanfälle / Epilepsie ja nein
- Psychiatrische Erkrankungen ja nein

Atemwegserkrankungen

- Asthma ja nein
- Bronchitis ja nein

Andere Erkrankungen

- Lebererkrankungen ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Rheuma ja nein
- Osteoporose ja nein
- Tumorerkrankungen ja nein
- Sonstige: _____

Frühere Operationen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Waren oder sind Sie drogenabhängig? ja nein

Wurden Sie vor kurzem geröntgt? ja nein
Was wurde geröntgt? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Datum / Unterschrift