Zahnärzte Meiendorfer Höfe
Dr. Schila & Daniela Ranjbaryan
Spitzbergenweg 34a - 22145 Hamburg
Telefon: 040 22 63 69 260
E-Mail: info@zahnaerzte-meiendorfer-hoefe.de

ZAHNÄRZTE
MEIENDORFER HÖFE

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis,

um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, bedarf es Ihrer Unterstützung. Wir benötigen neben Angaben zu Ihren Personalien ausführliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, da diese sich auch auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken können. Wir werden im Anschluss sehr gerne all Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliches:

_____	_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
_____	_____	
Telefon	Mobil	
_____	_____	
E-Mail	Größe / Gewicht	

Versicherung:

_____
Krankenkasse

O gesetzlich versichert O privat versichert O Basistarif

O Zusatzversicherung O Beihilfeberechtigt

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

_____	_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Straße / Hausnrummer	PLZ	Ort
_____	_____	
Telefon	Mobil	

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice nutzen?
Wenn ja, kreuzen Sie bitte an:

O Telefon O E-Mail

Wie wurde Sie auf uns aufmerksam?

O empfohlen durch: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?	Ja	Nein	Art der Erkrankung / Medikamente
Bluthochdruck (nicht eingestellt)	O	O	_____
Blutgerinnungsstörungen	O	O	_____
Herzpass	O	O	_____
Endokarditis	O	O	_____
Angeborener Herzfehler	O	O	_____
Herzklappenersatz	O	O	_____
Herzinfarkt (wann?)	O	O	_____
Herzop. in den letzten 6 Monaten	O	O	_____
Diabetes Typ-1/ Typ-2	O	O	_____
Schildrüsenerkrankungen	O	O	_____
Asthma	O	O	_____
Augenerkrankungen	O	O	_____
Krebserkrankungen	O	O	_____
Osteoporose	O	O	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkolose)	O	O	_____
Gelenkprothese (wann?)	O	O	_____
Niereninsuffizienz/Dialyse	O	O	_____
Organtransplantation	O	O	_____
Sonstige Erkrankungen	O	O	_____
Allergien (z.B. Penicillin, Eugenol, Latex)	O	O	_____
Schwangerschaft	O	O	ET_____

Der Grund Ihres Besuches _____

Wir nehmen uns viel Zeit für Ihre Behandlung und möchten durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten vermeiden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Hamburg, den _____ _____

Unterschrift Patient