

Dr. Michael Bernhardt Dr. Stefan Mrowietz
Jagowstraße 24 10555 Berlin
Tel.030 390 41 70(Dr. Bernhardt), 030 3904160(Dr. Mrowietz)Fax 030 39014622

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihren zahnmedizinischen Wünschen unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Ihr Dr. Michael Bernhardt/ Dr. Stefan Mrowietz

Patient			
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
Mitglied			
Anschrift	Name	Vorname	geb.
Anschrift			Tel.privat
Krankenkasse oder Versicherung			Handy Nr.
Beruf			
Arbeitgeber			Tel.tagsüber

Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausarzt/Facharzt :	Name ,Adresse und Telefonnummer _____		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht eine Überempfindlichkeit? Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Herzerkrankungen:	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Unregelmäßiger Herzschlag(Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sonstiges? _____		
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Zustand nach Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sonstiges? _____		
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Nehmen Sie Aufpusch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sonstiges? _____		
Stoffwechsel- Erkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Magen – Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sonstiges: _____		
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Ohrgeräusche, Tinnitus, Migräne <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sonstiges: _____		

Bluterkrankungen: Blutungsneigung(Hämophilie) ? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht(Hepatitis A/B Tuberkulose?) ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
Sonstiges? _____

Zahnärztliche Erkrankungen: Kieferorthopädie gehabt, oder in Behandlung? ja nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt? ja nein
Knirschen oder Pressen Sie? ja nein
Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarcher + Atemaussetzer)? ja nein
Haben Sie Probleme beim Sprechen, Gähnen, Kauen? ja nein
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes? ja nein
Ist ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. nur geringe Mundöffnung)? ja nein
Fühlen Sie sich gelegentlich oder dauerhaft Stressbelastung in beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt ja nein
 sehr wenig?
 sehr viel ?
Sonstiges _____

Orthopädische Erkrankungen: Hals-/Nacken - /Schulterschmerzen? ja nein
Sind Sie in therapeutischer Behandlung (auch Körper-, Physio- oder Psychotherapie) ja nein
Wenn ja, beim wem? _____
Haben Sie Haltungsprobleme (Beckenschiefstand, ungleiche Beinlänge, Schuheinlagen)? ja nein
Hatten Sie einen Unfall mit Knochenbruch, Gelenk- oder Sehnenproblemen? o. ä ja nein
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie Drogen – oder alkoholabhängig? ja nein
Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft : Wenn ja, in welchem Monat? _____

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Grund Ihres Besuches bei uns?
Empfehlung, Freund(in), Familie,
Empfehlung, Arzt oder Therapeuten
Empfehlung Internet
Empfehlung Nachbarschaft
Sonstiges

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung privat in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der vorstehenden Angabe mit.

Datum

Unterschrift