

Für Ihre festen Zähne  
tun wir alles!

Zahnarzt-Praxis  
**Dr. Standhartinger**



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber

\_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie zu uns gekommen?

Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen. Ansonsten stellen wir Ihnen eine Pauschale von 75 € je angefangene ¼ Stunde in Rechnung.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer lokalen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, auch eine Schwangerschaft, unaufgefordert vor der Behandlung mit.

Wünschen Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

ja

e-Mail

nein

Post

Bitte wenden!



Allergien                    nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
Allergiepass                nein     ja   
Atemwegserkrankungen    nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
Blutgerinnungsstörungen    nein     ja   
Blutverdünnende Medikamente    nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
Zuckerkrankheit (Diabetes)    nein     ja   
Anfallsleiden (Epilepsie)    nein     ja   
M. Parkinson                nein     ja   
Lebererkrankungen        nein     ja

---

- Angina-pectoris            nein     ja   
- Herzrhythmusstörungen    nein     ja     - Herzschrittmacher            ja   
- Herzklappenerkrankung    nein     ja     - Herzpass                        ja   
  
- sonstige Herz-Kreislauf-  
  Erkrankungen                nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
- erhöhter Blutdruck        nein     ja   
- niedriger Blutdruck        nein     ja

---

Infektionskrankheiten        nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
- Hepatitis                    nein     ja     welche \_\_\_\_\_  
- Immunmangelsyndrom (HIV)    nein     ja

---

Rheumaerkrankungen        nein     ja   
Osteoporose                    nein     ja   
Osteoporosemedikamente    nein     ja   
(1/2-jährliche Spritze oder Tabletten)

---

andere Erkrankungen        nein     ja     welche \_\_\_\_\_

---

Schwangerschaft                nein     ja

---

Nehmen Sie Medikamente?    nein     ja     welche \_\_\_\_\_

---

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_