



DR. GEORG CAVELLIUS

Praxis für Zahnheilkunde

Kirchstraße 2, 66292 Riegelsberg, Tel.: 06806/2096

Tätigkeitsschwerpunkt: Endodontologie

Cerec und Laserbehandlung

Patient/in:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

PLZ / Ort _____ Straße / Nr.: _____

Telefon _____ Mobil Telefon _____ E-Mail / Internet _____

Beruf / Arbeitgeber _____

Meine Krankenversicherung: _____ selbst versichert versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis:

Ich interessiere mich für folgende Leistungen:

Prophylaxe Cerec Inlays Veneers Laserbehandlung Bleaching

Bitte helfen Sie uns und füllen Sie folgende Fragen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

Leiden Sie an bzw. hatten Sie:

Herz-/Kreislaufkrankungen nein ja

Lebererkrankung/Gelbsucht nein ja

Lungenerkrankung/Asthma nein ja

Zuckerkrankheit/Diabetes nein ja

Aids/HIV nein ja

Nierenerkrankung nein ja

Rheuma nein ja

Sonstiges: _____

Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja ungewiß

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja, wegen:

Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus?

nein ja, wegen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, welche:

Sind Sie überempfindlich/allergisch auf Medikamente?

nein ja, welche:

Gab es beim Zahnarztbesuch schon mal Komplikationen?

nein ja, welche:

Neigen Sie zu Blutungen/Blutgerinnungsstörung?

nein ja, welche:

Mein Hausarzt ist:

Unser Service:

- Gerne bieten wir Ihnen an, sich an unserem Recallservice zu beteiligen. Ihre Kontrolltermine werden dann immer rechtzeitig im Voraus vereinbart. Ja Nein

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bin mit der telef./ schriftlichen Kontaktaufnahme durch die Praxis einverstanden.
- Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum / Unterschrift