

SATTLER | SATTLER

ZAHNÄSTHETIK & IMPLANTOLOGIE

Sattler & Sattler
 Bergstraße 26 / Bachstraße 1 · 45770 Marl
 Fon: 02365 41011 · Fax: 02365 47135
 info@zahnarzt-sattler.de · www.zahnarzt-sattler.de

Dr. med. dent. Wolfgang Sattler, Zahnarzt
 Philipp-Marcus Sattler,
 Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Zahnarzt,
 Tätigkeitsschwerpunkt: Implantologie

Name, Vorname, Geb. Datum _____

Telefon + Adresse: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Hausarzt/Anschrift/Telefon: _____

Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung? Nein Ja, bei _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Erleichterung unserer Arbeit und zur Verkürzung von Wartezeiten bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand (bzw. zum Gesundheitszustand Ihrer/Ihres Angehörigen) zu beantworten. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen und geben Sie ihn der Anmeldung zurück. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden Sie unter...	Ja	Nein	
Zu hohem Blutdruck?			
Zu schwachem Kreislauf?			
Erkrankungen des Herzens?			
Herzrhythmusstörungen?			
Einer Schilddrüsenfunktionsstörung?			
Einer eingeschränkten Leberfunktion?			
Einer eingeschränkten Nierenfunktion? -Gehen Sie deswegen zur Dialyse?			
Haben Sie...			
Einen Herz(klappen)fehler?			
Eine künstliche Herzklappe oder einen Herzschrittmacher?			
Eine Herzverpflanzung hinter sich oder ist eine solche geplant?			
Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?			
Wird Ihre Blutgerinnung herabgesetzt? -wenn ja, durch das Medikament Marcumar? -oder durch ASS, Aspirin, Plavix oder ähnliche?			
Hatten Sie jemals...			Wenn ja, wann:
Einen Herzinfarkt?			
Eine Entzündung von Herzmuskel oder Herzklappen?			
Einen Schlaganfall?			
Einen Gefäßverschluss (Thrombose oder Embolie)?			
Eine Tumorerkrankung? -wurden Sie deswegen im Kopf-/Hals-Bereich bestrahlt? -wurden Sie medikamentös (Chemotherapie) behandelt?			

Bitte wenden!

	Ja	Nein
Werden oder wurden Sie mit Medikamenten zur Verhinderung von Knochenabbau, wie z.B. Bisphosphonate (Zometa, Fosamax, Bonviva, etc.) behandelt?		
Haben Sie zu hohen Blutzucker? -wenn ja, spritzen Sie Insulin? -oder werden Sie deswegen mit Tabletten und /oder Diät behandelt?		
Besteht bei Ihnen ein Anfallsleiden?		
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt?		
Gab es schon einmal Probleme mit zahnärztlichen Behandlungsspritzen?		
Sind bei Ihnen Überempfindlichkeitsreaktionen/Allergien bekannt? (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Metalle, Pflaster, Latex) -wenn ja, notieren Sie bitte, auf welche Medikamente oder Stoffe Sie reagieren:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? -wenn ja, notieren Sie bitte hier Präparatnamen und Dosierung:		
Nehmen Sie immunsuppressive Medikamente ein wie Cortison, Methotrexat etc.?		
Bestehen bei Ihnen infektiöse Erkrankungen (z.B. AIDS, HIV, Hepatitis, MRSA, Tbc)?		
Hatten Sie eine Organtransplantation?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?		
Gibt es bei Ihnen noch andere als die hier erwähnten Erkrankungen? -wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen bereits Röntgenaufnahmen der Kiefer- und Gesichtsregion gemacht worden? -wenn ja, wann?		
Für Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?		

Bitte teilen Sie uns Veränderungen, die während Ihrer Behandlung auftreten, sofort mit.

Bitte halten Sie im Interesse aller Patienten die Termine ein und teilen Sie uns etwaige Veränderungen rechtzeitig mit.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Haben Sie Anregungen, Empfehlungen, Wünsche, Kritik? -wenn ja, loben oder tadeln Sie uns in der dafür vorgesehenen Patientenbox		
Um die Qualität unserer Behandlung stets zu verbessern, bitten wir Sie nach Ihrer Behandlung eine Bewertung/Empfehlung auf einem Bewertungsportal im Internet zu erstellen. -eine Möglichkeit der direkten Bewertung steht nach Ihrer Behandlung für Sie bereit. (Bitte nehmen Sie sich die kurze Zeit)		
Für weitere Informationen besuchen Sie uns auf Facebook, Twitter, unserer Internetpräsenz		

Marl, den _____

Datum

Unterschrift