



DR. HENRIK MÖMKEN &
IVONNE REDELBERGER

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Patient: Titel: weibl. männl. unbestimmt
Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort: Geburtsort:

Tel.(Festnetz): Handy-Nr.: E-Mail:

Beruf: Tel. dienstl.: Arbeitgeber:

v **Ich möchte künftig per SMS an meinen Termin erinnert werden
(keine Gebühr, die Daten werden nicht übermittelt!)** Ja Nein

Krankenkasse / Versicherung:

Nur für Privatpatienten:

Privat versichert - **nicht** im Basistarif Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)
Beihilfeberechtigt Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste

Hausarzt - Name: Adresse: Telefon:

Hauptversicherter:

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:



DR. HENRIK MOMKEN &
IVONNE REDELBERGER

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzpass Ja Nein

Frühere Herzmuskelentzündung Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein	
Frühere Krebserkrankung/ Bisphosphonattherapie	Ja	Nein	
Asthma	Ja	Nein	
Lungenerkrankung	Ja	Nein	
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	
Rheuma	Ja	Nein	
Epilepsie	Ja	Nein	
Diabetes Typ A	Ja	Nein	Medikamente:
Diabetes Typ B	Ja	Nein	Medikamente:
Nierenfunktionsstörungen	Ja	Nein	
Ohnmachtsneigung	Ja	Nein	
Andere:			

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	Ja	Nein				
Alkoholgenuss	Ja	Nein	Wenn ja,	selten	oft	regelmäßig
Raucher	Ja	Nein	Wenn ja,	0-10	über 10 Zig./Tag	
Regelmäßige Medikamente	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann / Name:			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen 3 bis 12 Monate betragen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche

Vorsorge-Untersuchung (wichtig für Zahnersatz-Bonus)

Prophylaxe, Mundhygiene

Zahnerhaltung

Parodontose-Therapie

Schienen-Therapie

Implantat-Versorgungen

Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres "Recall-Service" an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Im 6-Monats-Rhythmus

Im 12-Monats-Rhythmus

