



Dr. Gerit S. Rüdiger
Zahnarzt, Implantologe

Luxemburger Str. 263-265, 50354 Hürth
02233 747 05 | info@ruedent.de
02233 700 021 | www.ruedent.de

Herzlich Willkommen,

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

Persönliche Angaben

Name: Vorname: geb.:

Straße: Wohnort:

Beruf: Arbeitgeber:

Telefon: beruflich:

Versicherung: ☐ pflicht ☐ freiwillig ☐ privat ☐ zusatzversichert ☐ Beihilfe

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Aus welchem Grund suchen Sie uns auf?

Haben sie z.Zt. akute Schmerzen	☐	Bemerken Sie Zahnfleischerkrankungen?	☐
Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?	☐	Blutet Ihr Zahnfleisch gelegentlich?	☐
Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?	☐	Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?	☐

Bestellpraxis : Hinweis zur Organisation

Nach einer eingehenden klinischen und röntgenologischen Untersuchung werden wir, falls erforderlich, gleich mehrere Termine mit Ihnen vereinbaren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, nach der Gebührenordnung für Privatpatienten (GOZ) berechnen müssen.

In den letzten Jahren hat die zahnmedizinische Forschung und Entwicklung **neue** Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis zur Praxisreife entwickelt. Leider verhindert der Gesetzgeber durch immer neue Einsparmodelle und sog. Budgets, dass diese heute zum normalen Behandlungsstandard gehörenden Techniken **nicht** über die gesetzl. Krankenkassen abgerechnet werden können.

>>> bitte wenden >>



Dr. Gerit S. Rüdiger
Zahnarzt, Implantologe

Luxemburger Str. 263-265, 50354 Hürth
02233 747 05 | info@ruedent.de
02233 700 021 | www.ruedent.de

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

ja nein

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

0 0

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse, Tel.:

Raucher:

Wenn ja, wie viele Zigaretten?..... Wurde bei Ihnen eine COPD diagnostiziert? ja ☐ nein ☐

0 0

Diabetes Typ I / II:

Wie sind Sie eingestellt, HbA1c-Wert?.....

0 0

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

0 0

Nehmen Sie Bisphosphonate? Wenn ja, welche und wie ist die Dosierung?

Allergien:

Auf welche Medikamente/ Stoffe reagieren Sie allergisch?

0 0

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐

0 0

Herzleiden, Angina pectoris? ☐

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ☐

Zustand nach Herzinfarkt? ☐

Kreislaufkrankungen:

Blutdruck zu hoch ☐ zu niedrig ☐ aktuelle Werte:/..... mm Hg

0 0

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie Aspirin oder Marcumar?

ja ☐ nein ☐

Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen:

Neigung Sie zu Ohnmachtsanfällen? ☐

0 0

Stoffwechselerkrankungen:

Magen-Darmerkrankungen? ☐

0 0

Schilddrüsenerkrankungen? ☐

Sonstiges?

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle? ☐

0 0

Krämpfe? ☐

Sonstiges?

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? ☐

0 0

Blutarmut (Anämie)? ☐

Sonstiges?

Infektionskrankheiten:

Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ☐

0 0

Tuberkulose? ☐

HIV-positiv? ☐

Sonstiges?

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja ☐ nein ☐

0 0

Wenn ja, wo?

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welcher Woche?

0 0

Datum:

Unterschrift: