



PRAXIS FÜR ZAHNGESUNDHEIT
DR. MED. DENT. A. & D. KUROSZCZYK
UND KOLLEGEN
ZAHNÄRZTE

взрослые

Дорогие пациенты,

прежде чем мы с Вами поговорим о Ваших пожеланиях, касающихся Ваших зубов, нам необходимы наряду с Вашими личными данными некоторые сведения об общем состоянии Вашего здоровья. Ответы на все заданные нами вопросы будут сохранены в тайне и использованы исключительно для Вашего медицинского обслуживания в нашей практике.

фамилия _____ имя _____ дата рождения _____

индекс _____ город _____

улица, дом _____ телефон _____

мобильный телефон _____ факс _____ e-mail _____

профессия _____ работодатель _____

больничная касса _____

- предусмотренная законом больничная касса полная страховка
 частная больничная касса право на дополнительные выплаты
 дополнительные страховки

Если страховка заключена не на Ваше имя, то на чье?

фамилия _____ имя _____ дата рождения _____

адрес _____

Какие из перечисленных ниже стоматологических симптомов встречаются и у Вас?

- сверхчувствительные зубы скрип зубами зубная боль
 боли или пощелкивание в височно-нижнечелюстном суставе зубной налет запах изо рта
 кровотечение из десен шатающиеся зубы другое? _____

Влияние медикаментов, заболевания в настоящий момент

Принимаете ли Вы сейчас медикаменты (напр. свертывающие кровь, возбуждающие или успокаивающие медикаменты)?

нет да

Если да, какие? _____

Находитесь ли Вы в настоящее время на излечении? нет да

Домашний врач / специалист _____

Аллергии

На какие медикаменты Вы реагируете сверхчувствительно?

Есть ли у Вас паспорт аллергика? нет да

Заболевания сердца и органов кровообращения

- сердечная недостаточность нет да протез сердечного клапана/ порок сердца нет да
сбои в работе сердца нет да высокое давление нет да
сердечная астма нет да низкое давление нет да
электрокардиостимулятор нет да насколько высокое? _____ / _____
инфаркт нет да
прочее? _____

Заболевания печени и обмена веществ

- заболевания печени нет да заболевания щитовидной железы нет да
сахарный диабет нет да другие? _____

Инфекционные заболевания

воспаление печени (гепатит А, В или С) нет да

Проходили ли Вы обследование на СПИД? нет да

туберкулез нет да

Если да, то с каким результатом? _____

Заболевания крови

гемофилия нет да

другие? _____

малокровие нет да

Заболевания нервной системы

эпилепсия нет да

психосоматические заболевания нет да

судороги нет да

другие? _____

Желудочно-кишечные заболевания

заболевания желудочно-кишечного тракта нет да

заболевания почек

больные почки нет да

Опухолевые заболевания / операции по удалению опухоли

терапия бисфосфонатом нет да

беременность

если да, какой месяц? _____

Наркотики

наркотическая зависимость нет да

никотиновая зависимость нет да

алкогольная зависимость нет да

Нарушения питания

булимия нет да

другие нарушения питания нет да

Рентген

Подвергались ли Вы в последние 12 месяцев рентгеновскому обследованию в

области головы, челюстей, зубов? нет да

Ваши пожелания важны для нас...

Личные ожидания/ индивидуальные пожелания по поводу предстоящего лечения зубов _____

Причина Вашего сегодняшнего визита к врачу? _____

Что для Вас особенно важно? _____

В чем Вы испытывали недостаток при предыдущих посещениях зубного врача? _____

Бойтесь ли Вы лечения зубов? нет да

Хотите ли Вы, чтобы мы раз в 6 месяцев напоминали Вам о профилактическом осмотре? нет да

если да, то... по почте по телефону e-mail SMS

Я заинтересован(а) в дополнительной информации по следующим темам:

профессиональная чистка зубов

зубное протезирование

имплантаты

индивидуальная профилактическая программа

лечение пародонтоза

пародонтоза

коррекция положения зубов

определение риска кариеса

санирование амальгамы

средства по уходу за полостью рта

осветление зубов

иные интересные для Вас темы? _____

Где Вы нашли информацию о нас?

интернет рекомендация _____ другие источники _____

Знакомы ли Вам наши страницы в интернете www.zahnpoint-mainz.de нет да

Мы обращаем Ваше внимание на то, что способность управлять транспортом после местного обезболивания ограничена и просим Вас незамедлительно сообщать нам об изменениях состояния Вашего здоровья. Мы надеемся, что Вы хорошо чувствуете себя в нашей практике и будем рады ответить на все Ваши вопросы.

дата _____ подпись _____