Dr. Matthias Mergner
Dr. Rabea Mergner

36088 Hünfeld
Kaiserstr. 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern.
Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams. Vielen Dank !

Patient: _____
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift: _____
Strasse

_____
PLZ Ort Telefon Mobil-Nr.

Versicherung: _____
(_)GKV-pflichtversichert (_)GKV-freiwillig (_)privat (_)Beihilfe

(_)Zahnzusatzversicherung vorhanden

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____

Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art?

Herz-Kreislauferkrankungen (_)ja (_)nein
Welche?: _____
( ) Hoher/( ) niedriger Blutdruck (_)ja (_)nein
Herzschrittmacher (_)ja (_)nein
Herzinfarkt in _____ (_)ja (_)nein
Allergien (_)ja (_)nein

Infektionserkrankungen (_)ja (_)nein
Schilddrüsenerkrank. (_)ja (_)nein
Hepatitis/HIV/TBC (_)ja (_)nein
gegen: _____

Erfolgte Bestrahlung in _____ (_)ja (_)nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) (_)ja (_)nein

Epilepsie (_)ja (_)nein
Asthma (_)ja (_)nein

Chemotherapie in _____ (_)ja (_)nein welche Medikamente: _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit (_)ja (_)nein gegen: _____

Blutungsneigung (auch z.B. durch Herz-Ass, Marcumar, etc.) (_)ja (_)nein _____

Osteoporose/Knochenschwund (_)ja (_)nein welche Medikamente: _____

Sonstige aktuelle Erkrankungen: _____

Sonstige aktuelle Medikamente? _____

Ist vor chirurg. Eingriffen eine antibiot. Abschirmung erforderlich (z. B. nach Herzklappen-OP, etc.)?:
(_)ja (_)nein

Letzte Röntgenuntersuchung an den Zähnen: _____

Besteht eine Schwangerschaft? (_)ja (_)nein Sind Sie Raucher? (_)ja (_)nein

Empfohlen durch: _____

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können und ich mich nach erfolgten örtlichen Betäubungen nicht ans Steuer setzen sollte. Meine Angaben werden von der Praxis Dres. Mergner ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Hünfeld, den _____ Unterschrift: _____