



Dr. Thurm-Meyer & Partner
Zahnärzte

Weitere Informationen über unsere Praxis finden Sie auf unserer Website unter

www.dr-thurm-meyer.de





Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

bitte wenden >>

Dr. Karin Thurm-Meyer · Hans Thurm-Meyer

Apfelallee 3
28355 Bremen-Oberneuland

Telefon (0421) 25 50 50
Fax (0421) 205 34 14

praxis@dr-thurm-meyer.de
www.dr-thurm-meyer.de





Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen nein ja

Herzschwäche (Insuffizienz) Herzklappenersatz/Herzfehler

Unregelmäßiger Herzschlag Hoher Blutdruck

Herzasthma, Angina Pectoris Niedriger Blutdruck

Herzschrittmacher Herzinfarkt

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen nein ja

Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung

Zuckerkrankheit (Diabetes) Sonstiges _____

Infektionskrankheiten nein ja

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) ja Tuberkulose ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung nein ja

Blutungsneigung (Hämophilie) ja Blutarmut (Anämie) ja

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems nein ja

Epileptische Anfälle ja Krämpfe ja

Psychosomatische Erkrankungen ja Ohnmachtsanfälle ja

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja

Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen nein ja Nierenerkrankungen nein ja

Wenn ja, _____ Wenn ja, _____

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja Wenn ja, in welchem Monat? _____

Schwangerschaft

Nutzen Sie unser Angebot im Internet, wenn Sie mehr wissen möchten über Zähne, Zahnerkrankungen oder Vorsorge-
maßnahmen...

Drogen

Drogenabhängigkeit
 Nikotinabhängigkeit
 Alkoholabhängigkeit

nein ja

ja

ja

ja

Haut-, oder Schleimhauterkrankungen

nein ja

Herpes ja

Candida Infektionen ja

Lichen planus ja

Urogenitaltrakt- Erkrankungen

Blase
 Nieren
 Unterleib
 Prostatahypertrophie

nein ja

ja

ja

ja

ja

Erkrankungen der Atemwege

nein ja

Stirnhöhle ja

Kiefernhöhle ja

Mandeln ja

Lunge ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star?

nein ja

ja

Ohrenerkrankungen

Wenn ja, _____

nein ja

ja

Knochenerkrankungen

Wenn ja, _____

nein ja

ja

Operationen/ Verletzungen

Wenn ja, _____

nein ja

ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)
 Sonstige Ess-Störungen _____

nein ja

ja

Privater oder beruflicher Stress

Wenn ja, _____

nein ja

ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?

nein ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____

Facharzt _____

Straße / Nr. _____

Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____

Unterschrift _____

