



**KULIEV**  
ZAHNARZTPRAXIS | DENTALLABOR

## HALLO. HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen Selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Kreuzen Sie die folgenden Felder bitte alle an und Ergänzen Sie je nach Bedarf Zusatzinformationen.

### IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Allergien
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen		Wenn ja, welche?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck		Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsneigung		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Marcumar / Gerinnungshemmer		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Blutungsneigung / Bluterkrankung		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Rheuma		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Diabetes		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (Hepatitis)		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Überreaktion auf bestimmte Medikamente?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung		Wenn ja, bei welchen?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung /Asthma		_____
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie Schwanger?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie		Wenn ja, in welchem Monat?
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?		_____
	Wenn ja, welche?		_____

### SIE SIND UNS WICHTIG

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

\_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie empfohlen?

\_\_\_\_\_

### BERATUNGSWUNSCH

ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Weißer Zähne (Bleaching)	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Amalgamsanierung / Quecksilbersanierung
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Ernährungsfragen
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Laserbehandlung
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Kieferorthopädische Behandlung	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Implantate / Implantatversorgung
ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Austestung verträglichkeit Füllungsmaterialien	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges

**PRAXIS FÜR COMPUTERGESTÜTZTE ZAHNHEILKUNDE & IMPLANTOLOGIE - FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE**

Dr. med. dent. Batyr Kuliev - Am Plärrer 19/21 - 90443 Nürnberg

Tel.: +49 (0) 911 28 44 44 - Mobil: +49 (0) 173 352 350 3 - Fax: +49 (0) 911 263 300

praxis@kuliev.de - www.kuliev.de





**KULIEV**  
ZAHNARZTPRAXIS | DENTALLABOR

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen Selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Kreuzen Sie die folgenden Felder bitte alle an und Ergänzen Sie je nach Bedarf Zusatzinformationen.

Gesetzlich Versichert  / Privat Versichert

### PATIENTENDATEN

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### BEI GESETZLICH VERSICHERT:

ja  / nein  Pflichtversichert  
ja  / nein  Haben Sie eine private Zusatzversicherung  
  
ja  / nein  Haben Sie interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

### VERSICHERTENDATEN:

Rechnung: an Patient  / an Versicherung   
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### GRUND IHRES BESUCHES

ja  / nein  Kontrolluntersuchung  
ja  / nein  Zahnschmerzen  
ja  / nein  Zahnfleischbluten  
ja  / nein  Kiefergelenkbeschwerden  
ja  / nein  Knirschen

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

DATUM: \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_

**PRAXIS FÜR COMPUTERGESTÜTZTE ZAHNHEILKUNDE & IMPLANTOLOGIE - FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE**

Dr. med. dent. Batyr Kuliev - Am Plärrer 19/21 - 90443 Nürnberg

Tel.: +49 (0) 911 28 44 44 - Mobil: +49 (0) 173 352 350 3 - Fax: +49 (0) 911 263 300

praxis@kuliev.de - www.kuliev.de

