

Zahnarztpraxis Luiza Baytman

Gostenhofer Schulgasse 28

90443 Nürnberg

Telefon: 0911-513334

E-Mail: info@zahnarzt-baytman.de



LUIZA BAYTMAN

Zahnärztin

Уважаемые пациенты, добро пожаловать в нашу клинику.
Для регистрации нам потребуются некоторые данные о Вашей персоне:

Пациент: _____
Имя _____ Фамилия _____ Дата рож . _____

Член семьи: _____
Имя _____ Фамилия _____ Дата рож . _____

Адрес: _____
Улица _____ Город _____

Телефон: _____
рабочий _____ домашний _____ мобильный _____

E-Mail: _____

Профессия: _____ Работодатель: _____

Мед. страховка: _____

законная добровольная частная
дополнительная право на пособие

Имеете ли Вы бонусную книжку? да нет
Вам нас посоветовали или перевели к нам?
Если да, через кого : _____

Причина Вашего визита к зубному врачу: _____

Желаете ли Вы принять участие в нашей RECALL-ПРОГРАММЕ ? да нет

Желаете ли Вы получить информацию о нашей Профилактической-Программе? да нет

Для вашей предосторожности просим дать следующие данные:

Страдаете ли Вы: _____ да _____ нет _____

- Сердечно- / Сосудистые заболевания? (Herz-/Kreislaufkrankungen)..... да нет
- Посещаете ли Вы Эндокардитическую- профилактику?(Endokarditispr.)..... да нет
- Инфекционные заболевания(Гепатит, Туберкулёз, СПИД)?(Hepatitis, TBC, Nierenfkt.) да нет
- Внутренние заболевания (Сахарный Диабет, Заболевания почек)?... да нет
(Diabetes, Nierenfunktionsstörungen)
- Есть ли реакция на лекарства / Аллергия?(Arzneimittelüberempf. / Allergien) да нет
- Другие заболевания?(sonstige Krankheiten)..... да нет
Если да, то какие: _____
- Склонность к обмороку, шоку?(Ohnmachtsneigung)..... да нет
- Кровотечение дёсен?(Zahnfleischbluten)..... да нет
- Повышенная чувствительность зубов? (überempf. Zähne)..... да нет
- Принимаете ли Вы в данное время лекарства?(einnehmende Medikamente) да нет
Если да, то какие: _____

Разжижающие кровь медикаменты? (Blutverdünnende Medikamente) _____

Вы беременны?(Schwangerschaft) да нет

Datum (Число) _____

Unterschrift (Подпись) _____