



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
		Arbeitgeber	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
---------	----------------------	------	----------------------

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  pflichtversichert  freiwillig  mit Zahnzusatzversicherung  
 privat bei   Standard-Tarif  Basis-Tarif  als Student  
Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

### ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

Post  E-Mail  Telefon (Mehrfachnennung möglich).

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Haar, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## PATIENT

Vorname

Name

## GESUNDHEITSFragen

Herzschwäche  N  J  
Herzklappenersatz  N  J  
Herzfehler  N  J  
Herzrythmusstörungen  N  J  
Angina pectoris (Herzasthma)  N  J  
Endokarditis  N  J  
Herzinfarkt  N  J  
Wenn ja, wann?  N  J

---

---

## KREISLAUFERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck  N  J  
Zu niedriger Blutdruck  N  J  
Blutungsneigung/Bluterkrankung  N  J  
Nehmen Sie Blutgerinnungsmedikamente?  
Wenn ja, welche? (Marcumar, ASS, Plavix)  N  J

---

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Anfallsleiden (Epilepsie)  N  J  
Sonstige  N  J

---

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes  N  J  
Magen-/ Darmerkrankungen  N  J  
Schilddrüsenerkrankungen  N  J  
Nierenerkrankungen  N  J  
Lebererkrankungen  N  J  
Osteoporose  N  J  
  
Rheumatische Erkrankungen  N  J  
  
Hatten Sie je eine andere ernsthafte Krankheit?  N  J

---

Werden oder wurden Sie gegen eine oder mehrere Erkrankungen behandelt?  
Wenn ja, gegen welche und wann?  N  J

---

## ALLERGIEN

Asthma  N  J  
Heuschnupfen  N  J  
Natriumbicarbonat  N  J  
Glycine  N  J  
Penicilin  N  J  
Latex  N  J  
Sonstige Medikamente  N  J

---

Andere Stoffe  N  J

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Überempfindlichkeit gegen  N  J

---

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündungen/Gelbsucht  
(Hepatitis A oder B)  N  J  
Tuberkulose  N  J  
Chronische Atemwegserkrankungen  N  J  
HIV/Aids  N  J  
Leiden Sie an einer Erkrankung des  
Immunsystems?  N  J  
Wenn ja, welche?  N  J

---

Sind/waren Sie alkohol-/drogenabhängig?  N  J  
Sind Sie frisch operiert?  N  J  
Wann und wo?  N  J

---

Leiden oder litten Sie an einer  
Krebserkrankung?  N  J  
Wenn ja, welche?  N  J

---

Haben oder hatten Sie eine Chemotherapie  
oder eine Betstrahlungstherapie?  
Wenn ja, wann?  N  J

---

Sind Sie Raucher?  N  J  
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?  N  J

---

Für unsere weiblichen Patienten:  
Sind Sie schwanger?  N  J  
Wenn ja, in welchem Monat?  N  J

---