

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite).

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Anschrift:

Straße/Nr. PLZ/Wohnort

versichert durch

Ehepartner/Eltern

Name Vorname geb.

Festnetznummer E-Mail/Faxnummer Handynummer

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Das Praxisteam bittet Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten, bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen! - Leiden oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislauf

- Stent
- Defibrillator
- Bypass
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung

- künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Bluthochdruck
 - niedriger Blutdruck
 - Rhythmusstörungen
- oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
 - Thrombosen
- oder _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Lungenblähung
- Schlafapnoe
- COPD
- Schnarchen Sie?

Leber: _____

- Gelbsucht
 - Gallensteine
 - Hepatitis o A o B o C
- oder _____

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine
- oder _____

Knochen:

- Osteoporose
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung? _____
Mit welchem Präparat? _____
- intravenöse Infusion
- Tabletten

Magen, Darm:

- Geschwür
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Glaukom
- oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
- Diabetes Mellitus Typ I/II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf
- oder _____

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankung
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Fibromyalgie
- _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Creutzfeld-Jakob-Erkrankung
- Lähmungen
- Depressionen
- Trigeminusneuralgie
- Sensibilitätsstörungen
- Angstzustände
- oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörung
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter oder Berührung
- Nachbluten nach Operationen
- oder _____

Konsumieren Sie Drogen?

- Welche? _____
- Gelegentlich Regelmäßig

Rauchen Sie?

- Wie viele Zigaretten/Tag? _____

Allergie/Überempfindlichkeit gegen?

- Penicillin
- sonstige Antibiotika
- Jod
- Pflaster
- Latex
- Heuschnupfen
- Nickel
- Kunststoffe
- Fruchtzucker
- oder _____

Immunsystem:

- Einnahme von Cortison
- Zust.nach Transplantation
- Zust. n. Stammzellentransplant.
- AIDS / HIV
- MRSA
- oder _____

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Antibabypille
- Schlafmittel (auch pflanzlich)
- Antidiabetika
- Schilddrüsenmedikamente
- oder _____

Sind Sie schwanger?

- Welche SSW? _____

Gerinnungshemmende Medikamente:

- Aspirin ASS Marcumar
- Efient Ticlopidin Xarelto
- Plavix/Clopidogrel Pradaxa
- Eliquis Aggrenox oder _____

Sind Sie einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet? ja nein

Ich bin mit der Datenübertragung für die Online-Terminvergabe und SMS einverstanden: Ja Nein

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben auf beiden Seiten

Datum _____

Unterschrift _____