

## 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: \_\_\_\_\_

**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:**

- Astma
  - Lungenentzündung
  - Tuberkulose
  - Chronische Bronchitis
  - Lungenblähung
  - Schlafapnoe
  - COPD
- oder \_\_\_\_\_

**Leber:**

- Gelbsucht
  - Gallensteine
  - Hepatitis o A o B o C
- oder \_\_\_\_\_

**Nieren:**

- Dialysepflichtigkeit
  - Nierenentzündung
  - Nierensteine
- oder \_\_\_\_\_

**- Bitte wenden -**

**Knochen:**

- Osteoporose
- Schnärrchen Sie?
- 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
- oder \_\_\_\_\_

**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 Berührung
- Nachbluten nach Operationen
- oder \_\_\_\_\_

**Konsumieren Sie Drogen?**

- Welche? \_\_\_\_\_
- Gelegentlich  Regelmäßig

**Rauchen Sie?**

- Wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

- Gelegentlich
- Regelmäßig, wieviel? \_\_\_\_\_

**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
- Eifent  Ticlopidin  Xarelto
- Plavix/Clopidogrel  Pradaxa
- Eliquis  Aggrenox
- oder \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_