

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich begrüße Sie sehr herzlich in meiner Praxis.

Damit ich Ihre Behandlung auch möglichst genau an gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen, Wünsche und Bedürfnisse anpassen kann, bitte ich Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Ihre Angaben in meiner Praxis unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient: _____ geboren am: _____
Name Vorname

Versicherter: _____ geboren am: _____
Name Vorname

Anschrift: _____
Strasse PLZ/Ort

Krankenkasse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte Beantworten Sie diese Fragen daher möglichst genau.

	ja	nein		ja	nein
-Herz			-Blut		
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelm. Herzschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie gerinnungshemmende		
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente ein		
			(z.B. Markumar, ASS usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Kreislauf			-Sonstige Erkrankungen		
erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magengeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Osteoporose (Bisphosphonate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Stoffwechsel			Krebs/Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetis I,II)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HI Virus Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eigene Angaben: _____		
Lebererkrankung/Hepatitis			_____		

-Nervensystem			-Allergien		
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heuschnupfen/Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamenten-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			(auch Materialien!)		
Sonstige _____			Wenn ja, welche? _____		



-Lunge

Asthma/chronische Bronchitis
Tuberkulose
Sind Sie Raucher/in?

**-Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?**

-Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss _____SSW

-Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung (untersuchte Körperregion)? _____

-Falls Sie im Besitz eines Allergie- und/oder Herzpasses sind, legen Sie bitte diese vor jedem Beginn einer Behandlung dem Team oder mir vor!

-Gerne erinnern wir Sie in regelmäßigen Abständen mit einer E-Mail, Telefonanruf oder einer Postkarte daran, dass es wieder Zeit für eine Untersuchung (z.B. Bonusheft) oder die Professionelle Zahnreinigung ist. ja nein

Wenn ja, wünschen Sie die Erinnerung als E-Mail Telefonanruf Postkarte

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Berlin, den _____
Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter)