



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Titel | Name | Vorname Geburtsdatum

Straße | Hausnummer PLZ | Ort

Telefon privat Telefon mobil

Telefon geschäftlich E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Hauszahnarzt Hausarzt

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfe Basistarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

GESUNDHEITSDATEN - Haben oder hatten Sie nachstehende Erkrankungen?

Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Angina pectoris/Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt, wann? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Epilepsie/Epileptiforme Anfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stent/Bypass	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Depression	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzrhythmusstörungen/Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutungsneigung/Hämophilie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutarmut/Anämie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endokarditis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Embolie/Thrombose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Grüner Star	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma/Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Arthrose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaganfall, wann? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Tumorerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Lebererkrankung/Leberzirrhose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bitte wenden

GESUNDHEITSDATEN – Haben oder hatten Sie nachstehende Erkrankungen?

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Hepatitis A, B oder C Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten Ja Nein

MRSA (Krankenhauskeim) Ja Nein

HIV Ja Nein

Sonstige Infektionskrankheiten Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

GESUNDHEITSDATEN

Leiden Sie an Allergien/Überempfindlichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an Erkrankungen der Lunge/Atemwege? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind oder waren Sie drogenabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Sind Sie frisch operiert? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Besitzen oder möchten Sie ein Röntgennachweisheft? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

(ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto, Pradaxa, Eliquis)

Wenn ja, welche? _____

Wichtig: Werden/wurden Sie mit **Bisphosphonaten** behandelt? Ja Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sollte bei Ihnen eine Behandlung in Sedierung (Dämmerschlaf) vorgesehen sein, beachten Sie bitte, daß **für die nächsten 24 Stunden eine absolute Verkehrsuntüchtigkeit** besteht. Führen Sie kein Kraftfahrzeug und lassen Sie sich bitte von einer Begleitperson in der Praxis abholen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.