

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand, denn Allgemeinerkrankungen können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben. **Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____
Tel.: privat: _____
Beruf: _____

| | |
|---|-------|
| Sind Sie nicht selbst Mitglied? Über wen sind Sie versichert? | |
| Name: | _____ |
| Vorname: | _____ |
| Geb.-Datum: | _____ |
| _____ | |
| tagsüber/mobil: | _____ |
| Arbeitgeber: | _____ |

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls es erforderlich sein sollte, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten, und wir sind zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie deshalb, uns dies mindestens einen Tag vorher mitzuteilen.

Wünschen Sie über unser Prophylaxeprogramm zur Erhaltung Ihrer Zähne und Ihres Zahnersatzes informiert zu werden?

ja

nein

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

ja nein

wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)? _____

Behandelnder Hausarzt / Facharzt:

Name, Ort: _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?
(Bitte legen Sie, wenn vorhanden,
Ihren Einnahmeplan vor)

Gegen welche Medikamente od. Materialien besteht
bei Ihnen eine **Allergie/Überempfindlichkeit?**
Besitzen Sie einen Allergiepaß?

ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen:

Herzschrittmacher? _____
Zustand nach Herzentzündung (Endokarditis), künstl. Herzklappe?
angeborener Herzfehler? _____
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?
Marcumar, Acetylsalicylsäure (ASS), andere? _____

ja nein
ja nein
ja nein
ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Insulin?

ja nein

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?
Tuberkulose?
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (auch neue Variante)
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

ja nein
ja nein
ja nein
ja nein
Positiv Negativ

Sonstige ansteckende Krankheiten? _____

weitere Angaben:

aktuelle oder frühere Behandlung mit Bisphosphonaten?
Sind oder waren Sie drogenabhängig?
Sind oder waren Sie alkoholabhängig?

ja nein
ja nein
ja nein

Röntgen:

Wurden Sie **im letzten Jahr** geröntgt?

ja nein

für Frauen:

Sind Sie schwanger?

weiß nicht ja nein

Datum

Unterschrift