

Patient
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift
PLZ Stadt Strasse und Hausnummer

Telefon Mobiltel. E-mail

Beruf
Berufsbezeichnung Arbeitgeber

Versicherung
Krankenversicherung ggf. Zahnzusatzversicherung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Herz- / Kreislauferkrankungen

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zustand nach Infarkt |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzmuskelentzündung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verengung der Herzkranzgefäße |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rhythmusstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bypass-OP |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzschrittmacher |

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Niedriger Blutdruck |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hoher Blutdruck |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Angina pectoris |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall |
| sonstiges: | | <input type="text"/> |

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutarmut |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluter |
| sonstiges: | | <input type="text"/> |

Augenerkrankungen

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Grauer Star |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Grüner Star |

Atemwegserkrankungen

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma bronchiale |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Bronchitis |
| sonstiges: | | <input type="text"/> |

Erkrankungen des Verdauungstraktes

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| ja | nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Magenerkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Darmerkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dialyse |
| sonstiges: | | <input type="text"/> |

bitte wenden!

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Lebererkrankungen

- ja nein
 Gelbsucht
 Hepatitis

Neurologische Erkrankungen

- ja nein
 epileptische Anfälle
 Kopfschmerzen
 Migräne
 Depressionen

Infektionserkrankungen

- ja nein
 HIV
 Tuberkulose
 sonstiges: _____

Bewegungs- und Stützapparat

- ja nein
 Rheuma
 Osteoporose

Stoffwechselerkrankungen

- ja nein
 Diabetes
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion

Tumorerkrankungen

- ja nein
 Tumor, im Jahr: _____
 Chemotherapie
 Bestrahlung

Sonstige, medizinisch relevante Informationen:

- ja nein
 Haben Sie weitere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Falls ja, welche?

- Leiden Sie unter Allergien (allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Materialien)? Falls ja, welche?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Falls ja, welche?

- Besteht aktuell eine Schwangerschaft?
- Rauchen Sie? Falls ja, Anzahl der Zigaretten am Tag: _____
- Treten oder traten Nebenwirkungen durch zahnärztliche Betäubungen auf?
- Möchten Sie an Ihren Vorsorge- bzw. Prophylaxetermin erinnert werden?
 Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen beeinträchtigt sein kann: sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können rechtzeitig vorher absagen, da wir uns ansonsten vorbehalten die Ausfallkosten privat nach GOZ zu berechnen, sofern kein Ersatz gefunden wurde.

 Datum

 Unterschrift