



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

PLZ _____ ORT _____ STRASSE _____

TELEFON _____ MOBIL _____ E-MAIL _____

BERUF _____

GESETZLICHE KRANKENKASSE PRIVATE KRANKENKASSE

HAUSARZT _____

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ANSCHRIFT _____

FRAGEBOGEN

REGELM. MEDIKAMENTENEINNAHME ja nein _____

ERKRANKUNG DES HERZENS ODER DES BLUTKREISLAUFS ja nein _____

Wenn ja, wann?

- Bypass
- Herzinfarkt
- Bluthochdruck
- Herzklappenersatz
- Sonstiges

GERINNUNGSHEMMENDE MEDIKAMENTE ja nein _____

GERINNUNGSTÖRUNGEN ja nein _____

ASTHMA (SCHWERE ATEMNOT) ja nein _____

ZUCKERKRANKHEIT / DIABETES ja nein _____

LEBERERKRANKUNGEN ja nein _____

NIERENERKRANKUNGEN ja nein _____



FORTSETZUNG DES FRAGEBOGENS

INFEKTIONSKRANKHEITEN ja nein _____

- Hepatitis A/B oder C
- Tuberkulose
- HIV positiv
- Sonstige

GELENK- UND KNOCHENERKRANKUNGEN ja nein _____
(z.B. Osteoporose, Rheuma oder Arthrose)

KNOCHENSTÄRKENDE MEDIKAMENTE ja nein _____

TUMORERKRANKUNGEN ja nein _____
Wenn ja, wann und wo?

ALLERGISCHE REAKTIONEN ja nein _____
Wenn ja, ggf. Allergiepass mitbringen.

MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEIT ja nein _____
(z.B. Penicillin, Schmerzmittel oder Spritzen beim Zahnarzt)

WURDEN IN DER VERGANGENHEIT RÖNTGENBILDER ANGEFERTIGT ja nein _____
Wenn ja, bitte Körperregion und Datum angeben

SCHWANGERSCHAFT ja nein _____
Wenn ja, in welchem Monat?

SONSTIGE ANGABEN / ANDERE KRANKHEITEN ja nein _____

RAUCHEN ja nein _____
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

WELCHE DER AUFGEFÜHRTEN ZAHNMEDIZINISCH RELEVANTEN ERSCHEINUNGEN TREFFEN AUF SIE ZU?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen oder -knacken | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

ALLE INFORMATIONEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT UND DEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND WERDEN DAHER STRENG VERTRAULICH BEHANDELT.

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN.

DATUM	UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN
--------------	-----------------------------------

- Mit einer regelmäßigen Terminerinnerung bin ich einverstanden ja nein
Wie möchten Sie erinnert werden? telefonisch per Post per E-Mail