

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliches:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____
 E-Mail: _____ Beruf: _____
 Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert Ja Nein Zusatzversicherung Ja Nein
 privat versichert Ja Nein Basistarif Ja Nein beihilfeberechtigt Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist die/der Versicherte? (z.B. Ehemann)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____
 Tel.: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

Herzinfarkt Ja Nein
 Herzinsuffizienz Ja Nein
 Verengung der Herzkranzgefäße Ja Nein
 Rhythmusstörungen Ja Nein
 Bypassoperation Ja Nein
 Herzklappenersatz Ja Nein
 Schrittmacher Ja Nein
 Herzmuskelentzündung Ja Nein

Kreislauf

Niedriger Blutdruck Ja Nein
 Bluthochdruck Ja Nein
 Angina pectoris Ja Nein
 Durchblutungsstörungen Ja Nein
 Schlaganfall Ja Nein
 Thrombosen Ja Nein
 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Macumar oder ASS)? Ja Nein

Erkrankungen des blutbildenden Systems

Blutarmut Ja Nein
 Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 Wenn „ja“, welche? _____

Augen

Grauer Star Ja Nein
 Glaukom (erhöhter Augendruck) Ja Nein

Atemwege / Lunge

Asthma Ja Nein
 Bronchitis Ja Nein
 Tuberkulose (TBC) Ja Nein
 COPD Ja Nein

Blase-Nieren

Blasenerkrankung Ja Nein
 Nierenerkrankung Ja Nein

Bitte wenden!

Bewegungsapparat

- Rheuma Ja Nein
Gicht Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Künstliche Gelenke Ja Nein

Leber

- Leberzirrhose Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Wenn „ja“, welcher Typ? _____

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle Ja Nein

Stoffwechsel

- Diabetes Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Vegetatives Nervensystem

- Migräne Ja Nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten Ja Nein
HIV bzw. AIDS Ja Nein
Tumorerkrankungen Ja Nein
Wenn „ja“, was und wann? _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Ja Nein

Wenn „ja“, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn „ja“, welche? (ggf. Medikamentenplan) _____

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate z.B. Alendronsäure ein? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Ja Nein

Wenn „ja“, welche? _____

Sind Sie Raucher/Raucherin? Ja Nein

Wenn „ja“ wie viel pro Tag? _____

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Ja Nein

Wenn „ja“, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja Nein

Wenn „ja“, welche? _____

Sind Sie z.Zt. schwanger? Ja Nein

Wenn „ja“, in welchem Monat? _____

Weitere wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre) Ja Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Möchten Sie in unser halbjährliches Terminerinnerungssystem per Post aufgenommen werden? (RECALL)

Ja Nein

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Bogens bei einem der Themen Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je umfangreicher wir informiert sind, desto individueller können wir Sie behandeln.

Veitsbronn, den _____ Unterschrift _____