



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 der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

 Name Vorname geb.

Mitglied

 Name Vorname geb.

Anschrift

 Straße Nr. Tel. privat

 Postleitzahl Ort

Beruf/Arbeitgeber

 Tel. dienst.

Wünschen Sie über unsere intensive **Prophylaxemaßnahmen** informiert zu werden ? ja nein

Wünschen Sie in unser **Recall** (Erinnerungssystem) eingetragen zu werden ? ja nein

Haben Sie besondere Wünsche die Ihre Behandlung betreffen?

1.Haben Sie zu hohen Blutdruck?..... ja nein

2.Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?..... ja nein

3.Haben Sie oder hatten Sie eine
 Erkrankung des Herzens?..... ja nein

- Angeborene oder erworbene
 Herzfehler?..... ja nein

- Herzklappenprothesen?..... ja nein

- Herzschrittmacher?..... ja nein

- Herzoperationen?..... ja nein

- Sonstiges? _____

4.Haben oder hatten Sie eine der
 aufgeführten Erkrankungen?

- Zuckerkrankheit..... ja nein

- Erkrankungen. des Blutes(langes
 Nachbluten, Blutgerinnungs-
 Störungen)..... ja nein

- Allergien..... ja nein

- Schilddrüsenerkrankung..... ja nein

- Asthma/Lungenerkrankungen..... ja nein

- Nervenerkrankung..... ja nein

- Lebererkrankung/Gelbsucht..... ja nein

- Nierenerkrankung..... ja nein

- Anfallsleiden..... ja nein

- Immunschwäche(Aids)..... ja nein

5.Nehmen Sie Medikamente ein, die
 die Blutgerinnung hemmen
 (z.B. Marcumar)?..... ja nein

6.Vertragen Sie bestimmte Medikamente
 nicht?..... ja nein

Wenn ja, welche: _____

7.Welche Medikamente nehmen Sie zur
 Zeit ein? _____

8.Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?
 Datum(ungefähr) _____
 Organ _____

9.Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?.. ja nein

 Datum

 Unterschrift