

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns 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
Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Eltern
(bei minderjährigen
Patienten)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

E-Mail _____ Mobil _____

Krankenkasse

Beruf

Empfohlen durch _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

- ja
 nein

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Haben Sie eine aktuelle Medikamentenliste: ja nein
Wenn ja, bitte mitbringen!

Besteht eine Pflegegradstufe / Eingliederungshilfe? ja nein

Bitte wenden!

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Endokarditis? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Mukoviszidose? ja nein
Osteoporose? ja nein

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/_____)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, Asthma etc.? ja nein

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Sind Sie Raucher? ja nein
Glaukom (Grüner Star)? ja nein
Haben Sie ein Knie- oder Hüftgelenkersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____