

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitte ich um die Beantwortung der folgenden Fragen.
Sie unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung
ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben oder dienen dazu, Doppeluntersuchungen zu vermeiden
(wie z.B. Röntgen etc.).

Persönliche Daten / Patient

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
(für die Röntgenverordnung anzugeben)

Telefon / Handy _____

E-Mail-Adresse _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Sind Sie privatversichert? Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Wenn Sie als Familienmitglied versichert sind, wer ist Hauptversicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung (ungefähres Datum):

Letzte zahnärztliche Behandlung durch:

Stehen Sie zur Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte wenden

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Ja | Nein

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der / des:

Herzens?

- Unregelmäßigen Herzschlag Ja Nein
- Herzschwäche Ja Nein
- Herzkranzgefäßverengung Ja Nein
- Herzinfarkt Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Sonstiges: _____

Stoffwechsels?

- Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Sonstiges: _____

Nervensystems?

- Epileptische Anfälle Ja Nein
- Krämpfe Ja Nein
- Sonstiges: _____

Kreislaufs?

- Hoher Blutdruck Ja Nein
- Niedriger Blutdruck Ja Nein
- Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Verdauungstrakts?

- Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

Blutes?

- Blutungsneigung Ja Nein
- Gerinnungsstörungen Ja Nein
- Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
- Leukämie Ja Nein
- Sonstiges: _____

Haben Sie Infektionen?

- Hepatitis A B C
- Tuberkulose Ja Nein
- HIV (Sollten Sie HIV positiv sein oder an Aids erkrankt sein, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an den Zahnarzt)

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der

- Nieren Ja Nein
- Leber Ja Nein
- Kieferhöhle Ja Nein

Ja | Nein

Haben Sie

- Arthritis Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Endoprothesen Ja Nein
- Organtransplantate Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein
- Kopfschmerzen Ja Nein
- Sonstiges: _____

Haben Sie Allergien?

- Penicillin Ja Nein
- Sonstige: _____

Finden Sie sich in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Schnarchen Sie?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wurde bei ihnen in den letzten Monaten eine Röntgenuntersuchung oder Röntgenbestrahlung durchgeführt?

Ja Nein

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wegen der Strahlenschutzvorschriften bitten wir um Mitteilung, sobald eine Schwangerschaft eintritt.

Fragen und Anmerkungen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderung meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift