

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen 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.

Name Vorname

Geburtsdatum Name, Geburtsdatum des Versicherten

PLZ, Ort Straße Telefon Handy

Versicherung, Krankenkasse Mitglied Pflicht, freiwillig

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte gegebenenfalls ergänzende Angaben eintragen
Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzinsuffizienz / -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Brustenge / Herzschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erkrankung	ja	nein	ergänzende Angaben
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frauen im gebärfähigem Alter: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Hausarztes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anschrift / Telefon des Arztes:
<hr/> <hr/>			
Um von Anfang an zielgerecht behandeln zu können, bitte ich Sie um die Beantwortung folgender Fragen:	ja	nein	
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knirschen oder knacken Ihre Kiefergelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie oft Kopf- oder Nacken- schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie die Aufnahme in unser Recallsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum

Unterschrift