

Sehr geehrte Patienten,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auszuwählen, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitte umgehend mitteilen.

Wenn Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

| | |
|--|---|
| Name _____ | Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs- |
| Vorname _____ | mitglied sind, wer ist Versicherter? |
| Geburtsdatum _____ | Name, Vorname _____ |
| Straße _____ | Geburtsdatum _____ |
| PLZ, Ort _____ | Wer soll die Rechnung erhalten? |
| eMail _____ | Name _____ |
| Telefon _____ | Adresse _____ |
| Beruf _____ | |
| Krankenkasse _____ | |
| besteht eine Zahnzusatzversicherung? ja o nein o | |

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? (Name/Telefon des Arztes) _____
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche? _____

| <u>Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?</u> | ja | nein |
|--|----|------|
| Allergie, Medikamentenunverträglichkeit welche? _____ | o | o |
| Anfallsleiden (Epilepsie) _____ | o | o |
| Atemwegserkrankungen _____ | o | o |
| Blutgerinnungsstörungen _____ | o | o |
| Diabetes (Typ _____) _____ | o | o |
| Glaukom (erhöhter Augendruck) _____ | o | o |
| Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe) _____ | o | o |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen welche? _____ | o | o |
| Haben Sie einen Herzpass? _____ | o | o |
| Blutdruck (niedrig/hoch) _____ | o | o |
| Hepatitis _____ | o | o |
| Immunmangelsyndrom (AIDS) _____ | o | o |
| Lebererkrankungen _____ | o | o |
| Magen-Darm-Erkrankungen _____ | o | o |
| Nierenerkrankungen _____ | o | o |
| Osteoporose _____ | o | o |
| Rheumatoide Arthritis _____ | o | o |
| Schilddrüsenerkrankung _____ | o | o |
| Tumorerkrankung _____ | o | o |
| Bestrahlung _____ | o | o |
| Chemotherapie _____ | o | o |
| Frühere Operationen welche? _____ | o | o |
| Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk _____ | o | o |
| Besteht eine Schwangerschaft? _____ | o | o |
| Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden? _____ | o | o |
| Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? _____ | o | o |
| Wünschen Sie professionelle Individualprophylaxe? _____ | o | o |
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten und/oder Mundgeruch? _____ | o | o |

Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte bedenken Sie, dass nach einer Anästhesie die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist und das Führen eines Fahrzeuges vermieden werden soll.

Ihre persönliche Zahnpflege ist eine Grundvoraussetzung für einen nachhaltigen Behandlungserfolg!
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort/Datum:

Patientenunterschrift