

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben !

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Beantwortung des Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer eigenen Sicherheit dienen

Patient

Name Vorname Geb.

Mitglied

Name Vorname Geb.

Anschrift

Postleitzahl / Ort Strasse TelefonNr.

Krankenkasse

Zusatzversicherung

Arbeitgeber

Mobiltelefon

E-Mail

	Ja	Nein
Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung		
Herz:		
▪ Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)		
▪ Herzschwäche (Insuffizienz)		
▪ Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)		
▪ Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?		
Kreislauf:		
▪ Erhöhter Blutdruck		
▪ Zu niedriger Blutdruck		
Blut:		
▪ Blutarmut (Anemie)		
▪ Blutungsneigung		
▪ Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ?		
Lunge:		
▪ Asthma/chronische Bronchitis		
▪ Tuberkulose		
Stoffwechsel:		
▪ Zuckerkrankheit (Diabetes)		
▪ Schilddrüsenerkrankungen		
▪ Lebererkrankungen		
▪ Nierenerkrankungen		
Nervensystem:		
▪ Anfallsleiden (Epilepsie)		
▪ Depression		
▪ Sonstige		
Allergien:		
▪ Heuschnupfen/Ekzeme		
▪ Medikamenten-Allergie		
▪ Penicillin-Allergie		
▪ Haben Sie einen Allergie-Pass ?		
Infektionskrankheiten:		
▪ Hepatitis (Gelbsucht)		
▪ AIDS (HIV-positiv)		
(Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt.)		

	Ja	Nein
Bestehende sonstige Erkrankungen?		
.....		
.....		
.....		
Wünschen Sie eine Lokalanästhesie?		
Sind Sie schwanger?		
Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?		
Wenn ja, welche?		
.....		
.....		
.....		
Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?		
Ihr Hausarzt:		
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
.....		
.....		
<i>Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben</i>		

Lieber Patient
<i>Um die Wartezeiten für Sie möglichst gering zu halten, haben wir unsere Praxis als Bestellpraxis organisiert und für Ihren Termin die notwendige Zeit eingeräumt. Deswegen bitten wir Sie falls Sie ausnahmsweise Ihren Termin nicht wahrnehmen können uns mindestens 24 Stunden im Vorhinein Bescheid zu geben, da wir sonst gezwungen sind Ihnen einen Mindestbetrag für den entstandenen Ausfall in Rechnung zu stellen.</i>

Datum

Unterschrift