

Sehr geehrte Patient*innen,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahn-
ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen
Fragebogen sorgfältig aus. Ich bitte Sie, alle Angaben
vollständig und wahrheitsgemäß einzutragen: diese sind
für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine
sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich.
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unter-
liegen der medizinischen Schweigepflicht.
Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner
Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Unsere Praxis wird strikt nach einem Bestellsystem
geführt. Das bedeutet, dass wir bemüht sind, für Sie
möglichst keine Wartezeiten entstehen zu lassen und
wir Ihnen, in der für Sie reservierten Zeit, vollauf und
in Ruhe zur Verfügung stehen.
Wir möchten Sie bitten, wenn Sie einen Termin nicht
einhalten können, spätestens **24 Stunden** vorher
abzusagen, damit wir den Termin einem anderen
Patienten zur Verfügung stellen können. Sie geben
uns die Erlaubnis, Sie bei Terminänderungen oder
Recallwünschen zu kontaktieren.

Patient Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Mitglied Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

Beruf: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Telefon mobil: _____

Empfohlen durch: _____

Haben oder hatten Sie:

- | ja | nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu hohen Blutdruck? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu niedrigen Blutdruck? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angeborene oder erworbene Herzfehler? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Erkrankung des Herzens? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzoperationen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Creutzfeldt-Jakob Krankheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschrillmacher oder Defibrillatoren? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nachbluten / Blutgerinnungsstörungen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenenerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma / Lungenerkrankungen / Tuberkulose? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen / Gelbsucht? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden / Epilepsie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche / AIDS? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Medikamente ein,
die die Blutgerinnung hemmen? |

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ?

- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Falls ja, welche?

- Bestehen sonstige Erkrankungen?
 Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
 Knirschen Sie mit den Zähnen?

Datum der letzten Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne:

Datum: _____ Unterschrift: _____