



Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau zu beantworten. Dieses Blatt wird Ihrer Patientenakte beigefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Patient:** Name ..... Vorname ..... Geb. Datum ..... Telefon .....

**Hauptversicherer:** Name ..... Vorname ..... Geb. Datum ..... Telefon .....

**Anschrift:** Straße ..... Postleitzahl ..... Ort ..... E-Mail .....

**Beruf:** Arbeitgeber\* ..... Telefon Geschäft\* ..... (\*dies ist eine freiwillige Angabe)

**Hausarzt:** Name ..... Anschrift ..... Telefon .....

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?** (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

<b>Herz:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Zustand nach Infarkt		
Herzinsuffizienz		
Herzmuskelentzündung		
Endokarditis		
Herzrhythmusstörungen		
Herzoperation		
Herzklappenersatz		
Schrittmacher		
Angina pectoris		
Stent		
<b>Kreislauf:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Niedriger Blutdruck		
Hoher Blutdruck		
Durchblutungsstörungen		
Schlaganfall		
<b>Erkrankung des blutbildenden Systems:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Blutarmut		
Bluter		
Leukämie		
<b>Atmungswege/ Lunge:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Asthma COPD		
Lungenleiden		
Tuberkulose		
<b>Magen-Darm-Trakt:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Magenerkrankung		
Darmerkrankung		

<b>Blasen-Nieren:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Blasenerkrankung		
Nierenerkrankung		
Dialyse		
<b>Leber:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Gelbsucht		
Hepatitis A B C D E		
<b>Augen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Grauer Star		
Grüner Star		
<b>Bewegungsapparat:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Rheuma		
Rheumatoide Arthritis		
<b>Stoffwechsel:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Diabetes		
Schilddrüsenüberfunktion		
Schilddrüsenunterfunktion		
Osteoporose		
<b>Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haut- / Geschlechtskrankheiten		
HIV bzw. AIDS		
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemo, Bisphosphonattherapie)		
Creutzfeld-Jakob-Erkrankung, Kuru		



**Sonstige wichtige medizinische Informationen:** (Zutreffendes bitte ausfüllen.)

1. Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

.....

3. Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Bitte mitbringen!

4. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol und / oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

.....

5. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche?

.....

6. Besitzen Sie einen Allergiepass? Bitte mitbringen!

7. Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche?

.....

8. Leiden Sie unter epileptischen Anfällen? Ja  Nein

9. Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja  Nein

10. Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten  
5 Jahre bzw. 10 Jahre) Bitte mitbringen!

Ich verpflichte mich, alle Änderungen bezüglich meines Gesundheitszustandes oder meiner Adresse umgehend der Praxis mitzuteilen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Weitergabe meiner Daten, falls erforderlich, an Inkassostellen einverstanden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Ich verpflichte mich, die vereinbarten Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift