



| Patient | | | Versicherungs-Mitglied falls über eine andere Person versichert | |
|--------------------|---------------------|--------------|--|--|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Name | |
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort | Vorname | |
| Telefon | E-Mail-Adresse | | Geburtsdatum | |
| Krankenkasse | Beruf / Arbeitgeber | | | |

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Recall-Eintrag

(ja) (nein) Möchten Sie von uns alle 6 Monate PER EMAIL an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung durch?

=====

Zutreffendes im Folgenden bitte ankreuzen!

Herz-/Kreislaufkrankungen

- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Herzinfarkt (wenn ja, wann?)
- (ja) (nein) Herzmuskelentzündung/Endokarditis
- (ja) (nein) Herzklappenfehler
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Herzrhythmusstörungen
- (ja) (nein) Angina Pectoris
- (ja) (nein) Herzschrittmacher
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße/Koronare Herzerkrankung
- (ja) (nein) Schlaganfall (wenn ja, wann?)

Andere Erkrankungen bzw. Behandlungen

- (ja) (nein) Bluter
- (ja) (nein) Willebrand-Jürgens-Syndrom
- (ja) (nein) Lebererkrankung
- (ja) (nein) Osteoporose
- (ja) (nein) Glaukom (Augeninnendruck)
- (ja) (nein) Asthma, Bronchitis
- (ja) (nein) COPD (Lungenerkrankung)
- (ja) (nein) Lungenembolie (wenn ja, wann?)
- (ja) (nein) Fibromyalgie (spezielle Muskelschmerzen)
- (ja) (nein) Nervenerkrankung

- (ja) (nein) Tumorerkrankung (wenn ja, wann?)
- (ja) (nein) Bestrahlung (wenn ja, wann?)
- (ja) (nein) Chemotherapie (wenn ja, wann?)
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Diabetes/Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Epilepsie

Allergien / Unverträglichkeiten

- (ja) (nein) Latex-Allergie
- (ja) (nein) Spritzen / Lokalanästhesie (wenn ja, welche?)
- (ja) (nein) Schmerzmittel (wenn ja, welche?)
- (ja) (nein) Nickel-Allergie
- (ja) (nein) Antibiotika (wenn ja, welche?)
- (ja) (nein) Sonstige (wenn ja, welche?)

Medikamente

- (ja) (nein) Nehmen Sie Bisphosphonate?
- (ja) (nein) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Wenn ja, welche?
.....
.....
(z.B.: ASS, Marcumar, Plavix/Clopidogrel)

- (ja) (nein) Nehmen Sie sonst regelmäßig bzw. im Moment Medikamente ein?

.....

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) Hepatitis A
- (ja) (nein) Hepatitis B
- (ja) (nein) Hepatitis C
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS
- (ja) (nein) Tuberkulose
- (ja) (nein) Sonstige Infektionen (wenn ja, welche?)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- (ja) (nein) Rauchen Sie?
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich? Wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?
- (ja) (nein) Sind Sie zur Zeit schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend bekannt zu geben. Alle Angaben sind freiwillig und können auf Wunsch gelöscht/widerrufen werden. Können Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, bitten wir Sie, uns rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

Manching, den Unterschrift