



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsort: _____

Telefon : _____

Hausarzt: Name, Adresse: _____

Wie sind Sie versichert: gesetzlich privat Beihilfe Basistarif

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hatten Sie schwere Erkrankungen oder Operationen

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Herzerkrankungen

Leiden Sie unter Herzschwäche (Insuffizienz)?

Haben Sie einen unregelmäßigen Herzschlag?

Leiden Sie unter Angina pectoris?

Haben Sie einen Herzschrittmacher o. Klappenersatz

Sonstiges: _____

Kreislaufkrankungen

Ja **Nein**

Ist Ihr Blutdruck zu hoch oder zu niedrig?

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?

Wenn ja, wann? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Sonstiges _____

Vegetative Erkrankungen

Werden Sie schnell ohnmächtig?

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Magen- Darmerkrankung?

Schilddrüsenerkrankung?

Sonstiges _____

Nervensystem

Anfallsleiden (Epilepsie)?
Haben Sie oft Kopfschmerzen oder Migräne?
Sonstiges _____

Bluterkrankungen

Bluten Sie lange, wenn Sie sich verletzen?
Bekommen Sie leicht blaue Flecken?
Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Haben oder hatten Sie Lebererkrankungen?
Haben oder hatten Sie Tuberkulose?
Leiden Sie an einer Immunschwäche (HIV)?
Sonstiges _____

Weitere Angaben

Haben Sie Nierenerkrankungen?
Haben Sie Rheuma/ rheumatisches Fieber?
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
Haben Sie Schwierigkeiten mit den Kieferhöhlen?
Sonstiges _____

Allergien

Gegen welche Medikamente besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit?

Haben Sie je Hautausschläge bekommen?
Besitzen Sie einen Allergiepass?
Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen?
Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht?
Wenn ja, welche? _____

Zahnärztliche Behandlung:

	Ja	Nein
Haben Sie empfindliche Zahnhälse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Würgereiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie öfter ein Knacken im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für weibliche Patienten:

Besteht gegenwärtig eine Schwangerschaft?
Wenn ja, in welchem Monat? _____
Nehmen Sie die Antibabypille?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Kontrolle)

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Kontrolle)