** Zahnarztpraxis Felicitas Linke**  
 Am Walkgraben 29, 09119 Chemnitz  
Telefon 0371/302286

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 **Ja Nein**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)?

‬‬‬‬‬‬**Kreislauferkrankungen**Ist Ihr Blutdruck zu hoch oder zu niedrig? □ □Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?

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

**Möchten Sie vor Füllungstherapie, Wurzelbehandlungen**

**oder Zahnersatz einen Allergietest auf das verwendete** □ □

**Material?**

**Zahnärztliche Behandlung:**   
Haben Sie empfindliche Zahnhälse? □ □  
Haben Sie oft Zahnfleischbluten? □ □  
Haben Sie einen Würgereiz? □ □  
Verspüren Sie öfter ein Knacken im Kiefergelenk?  □ □  
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? □ □

**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)