

**Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um Sie kompetent und zuverlässig behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Vielen Dank!**

**Bitte in Druckbuchstaben schreiben!**

**Patient:** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ O gesetzlich O privat O Beihilfe O Zusatzversicherung

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzl. Vertreter** (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchungen per **Email** erinnert werden?     Ja     Nein

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b><u>Herz-Kreislaferkrankungen:</u></b> Einnahme von „Blutverdünnern“(ASS, Marcumar, Heparin ect)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina Pectoris, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzarrhythmien/ Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, ja, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Stoffwechselerkrankungen:</u></b> Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Bluterkrankungen:</u></b> Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Allergien:</u></b> Allergie gegen _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit oder –Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Infektionskrankheiten:</u></b> Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids/HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Sonstige Erkrankungen:</u></b> Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, wenn ja welche? _____		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_