



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne weiter.

VERSICHERTER: _____ GEB.DATUM: _____

PATIENT: _____ GEB.DATUM: _____

TELEFONISCH ERREICHBAR: _____ BERUF: _____

ADRESSE: _____ KRANKENKASSE: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck

3. Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung

- Angeborene oder erworbene Herzfehler?

- Künstliche Herzklappen?

- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?

- Herzschrittmacher

- Herzoperationen (z.B. Bypass-OP)?

4. Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

- Zuckerkrankheit?

- Bluterkrankung (z.B. Blutgerinnungsstörung)?

- Asthma / Lungenerkrankungen?

- Lebererkrankungen / Gelbsucht (Hepatitis A,B o. C) ?

- Nierenerkrankung?

5. Leiden Sie unter irgendwelchen Allergien? Haben Sie einen Allergiepass ?

Falls ja, welche Allergie(n):

6. Liegt bei Ihnen eine Immunschwäche (AIDS) vor bzw. sind Sie HIV positiv ?

7. Sind Sie mit MRSA/Krankenhauskeim infiziert (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)

8. Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche:

9. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B Marcumar, ASS)?

10. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen in der Regel keine oder kaum Wartezeiten. Getroffene Terminabsprachen sind verbindlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir ungünstigsten falls ein Unkostenbeitrag (27,50 Euro pro viertel Std.) berechnet werden kann, sofern der Termin nicht 48 Stunden vorher von mir abgesagt wird.

Datum, Unterschrift: _____