



Sehr geehrte(r) Patient(in),

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, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- und Nachname:

Adresse, Postleitzahl:

Telefonnummer:

Beruf:

Versichert bei: gesetzlich: privat:

- Ich möchte halbjährlich an meine Vorsorgeuntersuchung/ Prophylaxe erinnert werden.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Familie |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Sonstige:
..... |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz/ Schrittmacher
- Im Besitz eines Herzpasses

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Leber

- Gelbsucht/ Hepatitis

Kreislauf

- Niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Rheumatische Arthritis
- Gicht

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS
- Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Osteoporose
- Röteln/Mumps/Masern/Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Name des Arztes:

Ort:

Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Ich blute lange, wenn ich mich schneide, oder bekomme leicht blaue Flecken
- Mein Gewicht hat sich in letzter Zeit stark verringert
- Ich habe andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen:
.....
- Ich nehme regelmäßig Medikamente ein, diese sind:
.....
- Ich nehme regelmäßig Alkohol oder Drogen zu mir:
.....
- Ich bin allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe:
.....
- Ich besitze einen Allergiepass
- Es treten oder traten bei mir folgende Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf:
.....
- Ich bin z.Zt. schwanger, im Monat

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf 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.

<p>Bestätigung und Einwilligung</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige darin ein, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Mir ist auch bekannt, dass nach Betäubung die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.</p> <p>Meine Angaben werden vertraulich behandelt.</p>

Berlin, den Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten):