



Allgemeine Gesundheitsfragen

In unserer Praxis wird der Mensch als Ganzes gesehen. So können einerseits die Zähne einen großen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten haben, andererseits können allgemeinmedizinische Erkrankungen einen Einfluss auf die Behandlung selbst oder auf die verordneten Medikamente haben. Daher nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit und beantworten Sie folgende Fragen. Diese werden Ihren persönlichen Daten beigefügt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 Versicherung: gesetzlich privat Zahnzusatzversicherung Krankenkasse: _____
 Anschrift: Str.: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

 Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Wegen welcher Erkrankungen wurden oder werden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen
 Bitte beachten Sie auch die Rückseite.

		Ja	Nein
Herz-, Kreislaufkrankungen:	Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu hoher/ zu niedriger Blutdruck (bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen:	Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkr. des Nervensystems:	Epilepsie/ Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen:	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden →

		Ja	Nein
Erkr. der Sinnesorgane:	Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Überempfindlichkeit gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergie-Pass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS/ HIV positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie Bestrahlung oder Chemotherapie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie ein ausgefülltes Bonusheft? 5 od. 10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (wenn ja, in welchem Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klagen Sie über Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Schmerzausschaltung während der Behandlung wünsche ich eine örtliche Betäubung. Ich bin mir über mögliche Komplikationen (Kreislaufbeschwerden, Hämatom, allerg. Reaktion usw.) und im Unterkiefer der Gefahr einer Nervschädigung (Risiko: 0,0001-0,1%) bewusst.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie an unserem Recall-Programm teilnehmen und von uns an Ihren bevorstehenden Vorsorgetermin erinnert werden:

- ja, telefonisch
 ja, per E-Mail
 nein

Und zu guter Letzt, wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

- Empfehlung von Bekannten
 Internet
 sonstiges: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Straubing, _____
 Datum

 Unterschrift