

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Telefon geschäftlich

Krankenkasse

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Name des Mitglieds

Vorname des Mitglieds

Geburtsdatum des Mitglieds

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

Hausarzt

Hauszahnarzt

Überweisender Arzt

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Bitte helfen Sie uns,

damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Vielen Dank.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung meines Haus(zahn)arztes  
 Bekannte oder Familie  Internet  
 Ich bin bereits Patient in dieser Praxis  Sonstiges

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, wo?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten z.B. gegen Medikamente, Materialien oder bestimmte Antibiotika)?  
Wenn ja, gegen welche?  Ja  Nein

Nehmen Sie Kontrazeptiva („Die Pille“)  Ja  Nein

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen?

**Herz oder Kreislauf**

- Klappenersatz
- Infarkt
- Angina pectoris
- Herzfehler
- Endokarditis
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- andere, welche?

**Atemwege und Lunge**

- wenn ja, welche?

**Blut**

- Gerinnungsstörungen
- Blutarmut (Anämie)
- andere, welche?

**Leber (Gelbsucht/Hepatitis)**

- wenn ja, welche?

**Nieren**

- wenn ja, welche?

**Schilddrüse**

- wenn ja, welche?

**Gelenke (Rheuma)**

- wenn ja, welche?

**Magen-Darm-Trakt**

- wenn ja, welche?

**Haben Sie einen Allergiepass?**

**Haben Sie einen Röntgenpass?**

**Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?**

**Sind Sie zurzeit Schwanger?**

- Wenn ja, in welchem Monat?

**Infektionskrankheiten**

- Tuberkulose
- Hepatitis
- HIV
- andere, welche?

**Weitere Erkrankungen**

- Grüner Star
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Zucker (Diabetes)
- Wenn ja, sind Sie insulinpflichtig?
- Nervenerkrankungen (z. B. Parkinson)

- Krampfleiden (Epilepsie)

- Schlaganfall
- wenn ja, wann?

- Bisphosphonat-Behandlung
- Tabletten  Spritze  Wann?
- Denusomab-(Prolia-) Behandlung?
- Haben Sie andere Erkrankungen?
- Wenn ja, welche?

- Stärkere Blutungen nach Verletzungen oder Zahnentfernungen?
- Blutet ihr Zahnfleisch gelegentlich?
- Rauchen Sie?
- Wenn ja, wieviele am Tag?
- Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden?

**Wie können wir Ihnen weiterhelfen?**

Sollten Sie Probleme bei der Beantwortung der Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an und wir helfen Ihnen gern. Desweiteren bitten wir Sie uns jede Veränderung Ihres Gesundheitsstatus unaufgefordert mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mühen und wir bedanken uns schon im Voraus für Ihr Vertrauen!