



Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: _____ gesetzlich privat

Hauptversicherter Name / Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse Hauptversicherter falls abweichend vom Patienten: _____

Ihr Hausarzt : _____

Möchten Sie regelmäßig (halbjährlich) an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden? Wenn ja, per Mail per Telefon

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihren Krankenversicherungskarten bei jedem Besuch in der Praxis, sonst müssen wir sie als Privatpatient betrachten und sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Medizinischer Befund

Diese Angaben dienen einer risikofreien und adäquaten Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, wenn Sie sich bei Angaben nicht sicher sind sprechen Sie uns an.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Herz-/Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenerkrankung / -ersatz | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Tuberkulose, COPD) | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher/Defibrillator | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung (Gelbsucht, Leberzirrhose) | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheit (HIV, Aids, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Typ 1, Typ 2) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung (wo _____ Jahr _____) | <input type="checkbox"/> |

Falls Osteoporose bzw. Tumorerkrankung (Krebs) vorhanden, bekommen Sie eine Bisphosphonat-Therapie?

Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten (Besitzen Sie einen Allergiepaß?)

welche : _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?

Für unsere Patientinnen: Sind sie schwanger? Ja, welche Woche: _____ vielleicht Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

Blutverdünnende Medikamente: _____ Herzmedikamente: _____

Blutdruckmedikamente: _____ Schmerzmittel: _____

Sonstige Medikamente: _____

Was führt Sie zu uns?

Kontrolluntersuchung / Professionelle Zahnreinigung Ästhetische Beratung oder Zahnersatzberatung

Schmerzen/Probleme, wenn ja wo und wie lange? _____

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden: Internet Empfehlung von: _____

Bitte beachten Sie, dass Medikamente(auch zahnärztliche Spritzen) Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen in dem Fall nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch die Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis oder Nervus Mandibularis kommen, dies hätte eine vorübergehende oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereichs/Zunge zur Folge.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Erziehungsberechtigte(r)