



Vorname	
Nachname	
Geburtstag	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon (Privat)	
Telefon (Mobil)	
Telefon (Arbeit)	
E-Mail	
Arbeitgeber	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist es für uns wichtig über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein, weil bestimmte Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben können. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir gebunden sind. Wir danken für Ihre Mühe.

Beruf	
Hausarzt	
vorheriger Zahnarzt	
Krankenkasse	
Zusatzversicherung	

Bei Patienten unter 18 Jahren oder Familienmitgliedern bitte hier den Hauptversicherten angeben:

Name		Geburtstag	
Anschrift falls abweichend			

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

Allgemeine Gesundheitssituation	JA	NEIN
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?		
<input type="radio"/> Herzklappenentzündung		
<input type="radio"/> Angina Pectoris		
<input type="radio"/> Herzinfarkt		
<input type="radio"/> künstliche Herzklappe		
<input type="radio"/> Herzschrittmacher		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Penicillin-Überempfindlichkeit		
<input type="radio"/> Latex		
<input type="radio"/> sonstige		
epileptiforme Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEIN
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten	JA	NEIN	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn ja, welcher Typ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
Tuberkulose			
sonstige			

Medikamenteneinnahme	JA	NEIN
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?		
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente		
<input type="checkbox"/> Cortison		
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose)		
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente		
<input type="radio"/> ASS	<input type="radio"/> Marcumar	<input type="radio"/> Heparin
<input type="checkbox"/> sonstige		

Für unsere Patientinnen	JA	NEIN
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche Woche		

Unterschrift (Patient) Ort, Datum