

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

IHRE DATEN

Name	Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail*	
Beruf/Arbeitgeber*	Telefon dienstlich*	
Name Ihrer Krankenkasse		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tragen Sie einen Schrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden Sie am Herzen operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bitte wenden

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Ihr Hausarzt

Anschrift

Telefon

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Bestehen Allergien? JA NEIN wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente? JA NEIN wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen
Medikamentenpass? JA NEIN _____

Rauchen Sie? JA NEIN

Bestehen andere
Suchtkrankheiten? JA NEIN wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN wenn ja ggf. wievielte Woche? _____

Sonstige Angaben/andere Erkrankungen:

Sonstige zahnmedizinische Information:

Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? _____

Haben Sie einen Röntgenpass?* JA NEIN

Haben Sie ein Bonusheft?* JA NEIN

Haben Sie Zahnimplantate?* JA NEIN

wenn ja: Haben Sie einen Implantatpass?* JA NEIN

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?*

JA NEIN wenn ja per Anruf E-Mail Brief

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit 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.

Düsseldorf, den _____ Unterschrift _____