

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen der Angaben baldmöglichst mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name (Hauptversicherter)	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	Email
Beruf	Arbeitgeber	Tel. tagsüber

Name der Krankenkasse: _____

gesetzlich pflichtversichert privatversichert / Selbstzahler
 freiwillig gesetzlich versichert Beihilfe
 Zahnzusatzversicherung

Warum suchen Sie unsere Zahnarztpraxis auf?

- Schmerzen
 - allgemeine Vorsorge
 - anderes Anliegen, welches?
- _____

Haben Sie in der Vergangenheit in einer Zahnarztpraxis regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?

- ja, regelmäßig
- unregelmäßig, ab und zu
- noch nie

Möchten Sie von uns regelmäßig (alle 6 Monate) an die zahnärztliche Vorsorge-Untersuchung und ggf. Prophylaxe/ Zahnreinigung erinnert werden?

- ja nein

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind?

Bitte wenden →

Gesundheitsbezogene Fragen

Name, Geb. Patient: _____

1. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (insb. Marcumar, Falithrom, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, ASS, Plavix oder andere)

ja _____ nein

2. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?

ja _____ nein

3. Haben Sie jemals schon in Ihrem Leben sog. Bisphosphonate eingenommen, z.B. wegen einem Tumor oder Osteoporose?

ja _____ nein

4. Nehmen Sie andere Medikamente ein?

ja _____ nein

5. Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

gegenüber Schmerzmitteln	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
gegenüber Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
gegenüber Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
sonstige Allergien	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

Falls ja, welche?

6. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt, eine Herzbeutelentzündung (Endokarditis) oder einen Schlaganfall?

ja _____ nein

7. Müssen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen eine antibiotische Prophylaxe erhalten?

ja _____ nein

8. Fragen zu Herz- und Kreislauferkrankungen:

- erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- besitzen Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

9. Fragen zu Infektionskrankheiten:

- HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- Hepatitis (A, B oder C)	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- MRSA	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
- Herpes	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

10. Sonstige Angaben und Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Magen- / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie oder Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

11. Für Frauen:

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein

Informationen zum Thema Datenschutz in unserer Zahnarztpraxis sind für Sie in der Praxis ausgelegt. Erscheinen Sie zu einer Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Stern zu. ja

Sollte sich an Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Medikation etwas ändern, so informieren Sie uns bitte dementsprechend. Vielen Dank!

Datum: _____

Unterschrift: _____