

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
 Ihr Praxisteam

Pat.:	_____	Krankenkasse:	_____
	Name Vorname geb.		
Mitglied	_____	Beruf:	_____
	Name Vorname geb.		
Anschrift	_____	Arbeitgeber:	_____
	Straße Nr. Tel.		Tel. tagsüber
	_____	E-Mail:	_____ Handy: _____
	Postleitzahl Ort		

		Bitte ankreuzen oder ausfüllen	
		Ja	Nein
Allergien	Penicillinüberempfindlichkeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Überempfindlichkeit gegen Medikamente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie einen Allergiepass?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Welche? _____		
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Herzerkrankungen	Herzschwäche.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Angina Pectoris.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Kreislauf- erkrankung	Zu hoher Blutdruck.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zu niedriger Blutdruck.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zustand nach Herzinfarkt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Einnahme blutverdünnender Medikamente, z. B. Marcumar, ASS.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nehmen Sie Beruhigungsmittel? (Valium o. ä.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Stoffwechsel- erkrankungen	Diabetes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankungen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Erkrankungen des Nervensystems	Epilepsie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Krampfanfälle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Infektions- krankheiten	Tuberkulose.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hepatitis (Gelbsucht).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AIDS.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MRSA (Krankenhauskeim).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges _____		
Drogen Sonstiges	Waren oder sind Sie drogenabhängig?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Grüner Star.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prostataerkrankungen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Migräne.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für weibliche Patienten Medikamente	Sind Sie schwanger?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche? _____		
Wünschen Sie in unser Prophylaxe-Recall-System aufgenommen zu werden um benachrichtigt zu werden, wenn der nächste Termin fällig wäre?.....		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____