

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.:	Name	Vorname	geb.	Krankenkasse:	
Mitglied	Name	Vorname	geb.	Beruf:	
Anschrift	Straße	№	Tel.	Arbeitgeber:	
	Postleitzahl	Ort		E-Mail:	Handy:

		Bitte ankreuzen oder ausfüllen	
		Ja	Nein
Allergien	Penicillinüberempfindlichkeit.....	☐	☐
	Überempfindlichkeit gegen Medikamente.....	☐	☐
	Haben Sie einen Allergiepass?.....	☐	☐
	Welche?		
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie).....	☐	☐
	Sonstiges		
Herzerkrankungen	Herzschwäche.....	☐	☐
	Angina Pectoris.....	☐	☐
	Herzschrittmacher.....	☐	☐
	Sonstiges		
Kreislauf- erkrankung	Zu hoher Blutdruck.....	☐	☐
	Zu niedriger Blutdruck.....	☐	☐
	Zustand nach Herzinfarkt.....	☐	☐
	Einnahme blutverdünnender Medikamente, z. B. Marcumar, ASS.....	☐	☐
	Sonstiges		
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle.....	☐	☐
	Nehmen Sie Beruhigungsmittel? (Valium o. ä.).....	☐	☐
	Sonstiges		
Stoffwechsel- erkrankungen	Diabetes.....	☐	☐
	Magen-Darm-Erkrankungen.....	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankungen.....	☐	☐
	Sonstiges		
Erkrankungen des Nervensystems	Epilepsie.....	☐	☐
	Krampfanfälle.....	☐	☐
	Sonstiges		
Infektions- krankheiten	Tuberkulose.....	☐	
	Hepatitis (Gelbsucht).....	☐	☐
	AIDS.....	☐	☐
	MRSA (Krankenhauskeim).....	☐	☐
	Sonstiges		
Drogen	Waren oder sind Sie drogenabhängig?.....	☐	☐
Sonstiges	Grüner Star.....	☐	☐
	Prostataerkrankungen.....	☐	☐
	Migräne.....	☐	☐
Für weibliche Patienten	Sind Sie schwanger?.....	☐	☐
Medikamente	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?		

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

Datum _____

Unterschrift _____