

Anmeldung, Fragen zur Gesundheit

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.
Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| | | | |
|-----------|-------------|---------|------|
| Patient | Name | Vorname | geb. |
| Mitglied | Name | Vorname | geb. |
| Anschrift | Straße, Nr. | Ort | Tel. |
| | PLZ | | |
| | Mobil | E-Mail | Fax |

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

Versicherung gesetzlich pflichtversichert freiwillig versichert Zusatzversicherung wenn ja, welche?
.....

Versicherung privat vollversichert Beihilfe wenn ja, welche? Standardtarif
.....

Möchten Sie halbjährlich an einen Zahnarzt- und Prophylaxetermin erinnert werden? ja nein

Wichtige Hinweise

- Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt.
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze evtl. nicht mehr fahrtauglich sind.
- Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustands vor der nächsten Behandlung mit.

Allgemeinmedizinische Fragen - Teil 1

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Angina pectoris | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrillmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenerkrankung, -ersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Angeborener Herzfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges (bitte angeben) | | |
| Blutdruck | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> niedrig |

Allgemeinmedizinische Fragen - Teil 2

Nehmen Sie Medikamente? Falls ja, welche? ja nein

Wann und warum war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt bzw. Operation?

Haben Sie auf Spritzen beim Zahnarzt schon einmal ungewöhnlich reagiert? ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen: (falls ja, bitte genauere Angaben)

Tumorerkrankung? Falls ja, bitte angeben, welche? ja nein

Sind Sie schwanger? Falls ja, in welchem Monat? ja nein

Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis ...) ja nein

Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma ...) ja nein

Blutgerinnungsstörung – Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar, Aspirin ...)? ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) – welcher Typ? ja nein

Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis A, B oder C, TBC, HIV ...) ja nein

Erkrankungen des Magen- und Darmtrakts, der Leber oder Niere? ja nein

Hauterkrankungen (Herpes, Schuppenflechte ...) ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Augenerkrankung (z. B. erhöhter Augendruck, grüner Star ...) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Osteoporose? Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? ja nein

Rheumaerkrankungen und Gelenkbeschwerden ja nein

Gefäßerkrankungen (Thrombose, Migräne ...) ja nein

Rauchen Sie? Falls ja, wieviel täglich? ja nein

Trinken Sie Alkohol? Falls ja, wieviel täglich? ja nein

Angaben zu Ihrem Hausarzt:

Name:

Telefon:

Straße:

Telefax:

PLZ Ort:

E-Mail:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten