



Name _____

Vorname _____

Geburtsort/-datum _____

Liebe Patientinnen und Patienten,
bei uns werden Sie optimal und individuell zahnmedizinisch beraten und behandelt! Dazu benötigen wir jedoch genaue Auskünfte über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente. Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht, als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis!

Erkrankungen

Hausarzt _____

Spezialist _____

Telefon _____

Kontaktaufnahme bei Rückfragen

Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stents/ Bypass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stoffwechselerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher / Defibrillator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopf-/ Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressionen / Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A, B oder C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien _____

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen _____

Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Medikamentenliste?

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift