

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name / Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

 Name, Adresse, Tel. Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Gesetzlich versichert:     privat versichert:     Private Zahnzusatzversicherung: 

Name der Versicherung/en: \_\_\_\_\_

 Haben Sie ein Bonusheft?     Ja     Nein

**Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**
**Ja    Nein**
**Herzkrankungen:**

 Herzschwäche (Insuffizienz)     

 Herzklappenersatz     

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

 Herzfehler     

 Herzrhythmusstörungen     

 Angina pectoris     

 Endokarditis     

Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_

 Herzschrittmacher     

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kreislaufkrankungen:**

 Zu hoher Blutdruck     

 Zu niedriger Blutdruck     

 Haben Sie Probleme mit langem Bluten?     

 Einnahme von **Blutgerinnungshemmern** (Medikamente)     

Wenn ja, welche? (z.B. ASS, Marcumar, Plavix): \_\_\_\_\_

Sonstige Kreislaufkrankungen: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**

 Diabetes     

 Magen-/Darmkrankungen     

 Schilddrüsenerkrankungen     

 Nierenerkrankungen     

 Lebererkrankungen     

 Osteoporose     
**Allergien:**

 Penicillin     

 Asthma

	Ja	Nein
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natriumbicarbonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien auf sonstige Medikamente _____		
Allergien auf andere Stoffe _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen _____		
<b>Infektionskrankheiten:</b>		
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegserkrankungen / Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV /Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>		
Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rheumatische</b> Erkrankungen: _____		
Hatten/Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit: _____		
Werden / wurden Sie gegen eine oder mehrere Erkrankungen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche und wann? _____		
Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie zurzeit ein? _____		
Nehmen / Bekommen Sie <b>Bisphosphonate</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Angaben:</b>		
Sind / waren Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____		
Sind / waren Sie alkohol-/ drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden / Litten Sie an einer <b>Krebserkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____		
Haben / Hatten Sie eine <b>Chemotherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder eine <b>Bestrahlungstherapie</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____		
Welche Körperregion? _____		
Haben / Wünschen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? In welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind / waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, (seit) wann? _____		
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____		
<b>Was ist Ihnen für Ihre Zähne wichtig?</b>		
kurzfristig? _____		
langfristig? _____		

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/r