

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ / _____

Geburtsdatum: _____

Name, Adresse, Tel. Ihres Hausarztes: _____

Gesetzlich versichert: privat versichert: Private Zahnzusatzversicherung:

Name der Versicherung/en: _____

Haben Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Anamnese

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Ja **Nein**

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzklappenersatz

Wenn ja, seit wann? _____

Herzfehler

Herzrhythmusstörungen

Angina pectoris

Endokarditis

Herzinfarkt, wann? _____

Herzschritmacher

Sonstige: _____

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck

Zu niedriger Blutdruck

Haben Sie Probleme mit langem Bluten?

Einnahme von Blutgerinnungshemmern

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

Sonstige Kreislaufferkrankungen: _____

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes

Magen-/Darmerkrankungen

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 _____		
Infektionskrankheiten:		
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"/>
Immunsystem:		
Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sonstige Erkrankungen:		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische 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 Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____		
Nehmen / Bekommen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben:		
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 Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____		
Haben / Hatten Sie eine Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder eine Bestrahlungstherapie?	<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? _____		
Was ist Ihnen für Ihre Zähne wichtig?		
kurzfristig? _____		
langfristig? _____		

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/r