

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, brauchen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse:	Telefon tagsüber :	Mobil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Gesetzl. Vertreter/-in, oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Dürfen wir Sie an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern?

Per Postkarte    Per SMS    Per E - Mail, E - Mail-Adresse:

### Dürfen wir Sie an wichtige Termine erinnern?

Per SMS    Per E - Mail, E - Mail-Adresse:

### Allgemeine Gesundheitssituation:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? .....  Ja    Nein

Wenn ja, weshalb?

Hausarzt / Facharzt:

### Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

## Herzerkrankungen:

- |  |                          |    |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Besitzen Sie einen Herzpass? .....             | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzschwäche (Insuffizienz) .....              | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) .....  | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Angina Pectoris .....                          | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung ..... | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzschrittmacher .....                        | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

## Kreislaufferkrankungen:

- |  |                          |    |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Zu hoher Blutdruck .....                         | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Zu niedriger Blutdruck .....                     | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzinfarkt .....                                | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ..... | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

## Stoffwechselerkrankungen:

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) .....                        | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) ..... | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Osteoporose .....                                       | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

## Infektionserkrankungen:

- |  |                          |    |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Hepatitis ( A / B / C / ... ) .....            | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| HIV / AIDS .....                               | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK / vCJK) ..... | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Sonstige (z. B. MRSA) .....                    | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

## Sonstige Erkrankungen:

- |                                    |                          |    |                          |      |
|------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Blutungsneigung (Hämophilie) ..... | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Epilepsie, Glaukom .....           | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Asthma .....                       | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Tumor (Krebs) .....                | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

**Rauchen Sie?** .....  Ja  Nein

**Besteht eine Schwangerschaft?** .....  Ja  Nein

**Haben Sie Allergien?** .....  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist dieser nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen oder Patienten anzubieten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten