

Herzlich willkommen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine entsprechende und risikofreie Behandlung. Bitte lesen Sie die folgenden Gesundheitsfragen aufmerksam durch und beantworten diese gewissenhaft. Außerdem möchten wir Sie bitten uns über zukünftige Änderungen zeitnah zu informieren.

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____ in: _____

Adresse : _____

Telefon (erreichbar): _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____



ZAHNARZTPRAXIS
Christine Müller

Königsberger Str. 7
57482 Wenden

Tel.: 0 27 62 / 9 83 02 88

Anamnese:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein Wenn ja, welche? _____

z.B. gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche verordneten Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergienpass? ja nein

Leiden Sie an Herz- und/ oder Kreislaufbeschwerden (z.B. Bluthochdruck)? ja nein

Wurde eine Herzoperation durchgeführt (z.B. künstliche Herzklappe, Bypass)? ja nein

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein

Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Lebererkrankung? ja nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. AIDS, Hepatitis? ja nein

Haben Sie eine Nervenkrankheit? ja nein

Haben Sie eine Lungenerkrankung z.B. Asthma, Atemnot, COPD etc.? ja nein

Haben Sie Epilepsie/ Anfallsleiden? ja nein

Haben Sie eine Krebs/ Leukämie/ eine bösartige Erkrankung? ja nein

Sonstiges: _____

Sind Sie einem Pflegegrad (nach §15 SGB XI) zugeordnet oder bekommen Sie ja nein

Eingliederungshilfe (nach §53 SGB XII) ?

Wenn ja, welcher ? _____

Name und Telefonnummer des Hausarztes: _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____