



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für Ihre Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Allgemein-Erkrankungen von Bedeutung sein.

Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne.

Patient:

NACHNAME, VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFON (TAGSÜBER)
STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, WOHNORT	E-MAIL-ADRESSE
BERUF	ARBEITGEBER	KRANKENKASSE
HAUSARZT		

Versicherter (falls von Patient abweichend):

NACHNAME, VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFON (TAGSÜBER)
STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, WOHNORT	E-MAIL-ADRESSE

Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) JA NEIN
 Niedriger Blutdruck (Hypotonie) JA NEIN
 Herzklappenerkrankung /-defekt JA NEIN
 Herzerkrankung JA NEIN
 Herzschrittmacher JA NEIN
 Endokarditis-Prophylaxe JA NEIN

Infektionserkrankungen

HIV JA NEIN
 Hepatitis A, B oder C JA NEIN
 Tuberkulose JA NEIN
 andere:

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen JA NEIN
 Asthma JA NEIN
 Lungenerkrankung JA NEIN
 Schilddrüsenerkrankung JA NEIN
 Rheuma JA NEIN
 Epilepsie JA NEIN
 Diabetes JA NEIN
 Nierenfunktionsstörungen JA NEIN
 Ohnmachtsneigung JA NEIN
 Grüner Star JA NEIN
 andere:

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika JA NEIN
 Schmerzmittel JA NEIN
 Antibiotika JA NEIN
 andere:

Allgemeine Angaben

Drogenabhängigkeit JA NEIN
 Alkoholabhängigkeit JA NEIN
 Raucher JA NEIN
 Schwangerschaft JA NEIN
 Regelmäßige Medikamente JA NEIN
 WENN JA, WELCHE UND SEIT WANN ?

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder möglichst 48 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden (§615 Satz BGB, §287 ZPO). Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

DATUM	UNTERSCHRIFT PATIENT / ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
-------	---