

**Patient**

---

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

**Mitglied**

---

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

**Anschrift**

---

Straße / Nr.	Postleitzahl	Ort
--------------	--------------	-----

---

Telefon privat	Handy-Nr.	E-Mail
----------------	-----------	--------

**Krankenkasse /  
Versicherung**

---

**Arbeitgeber**

---

Telefon geschäftlich

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

Zutreffendes bitte ankreuzen!!!

**Herz**

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

**Kreislauf**

- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

**Erkrankung des blutbildenden Systems**

- Blutarmut
- Bluter

**Atmungswege/Lunge**

- Asthma

**Magen-Darm-Trakt**

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

**Blase-Nieren**

- Nierenerkrankung
- Dialyse

**Leber**

- Gelbsucht
- Hepatitis

**Bewegungsapparat**

- Rheuma
- rheumatoide Arthritis
- Gicht

**Zentrales Nervensystem**

- epileptische Anfälle

**Stoffwechsel**

- Diabetes / Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

**Augen**

- Grauer Star

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- Tumorerkrankungen  
(Bestrahlung, Chemotherapie)

**Behandelnder Arzt, der oben genannten Erkrankungen**

---

Titel

Name

Ort

Telefon

### Weitere administrativ wichtige Informationen:

- Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?
- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 bzw. 10 Jahre)?
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? \_\_\_\_\_
- Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?  
\_\_\_\_\_
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_
- Haben Sie manchmal Beschwerden mit Ihren Kiefergelenken? Zum Beispiel ein Knacken?
- Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?
- Für pflegebedürftige Patienten:  
Name des Betreuers \_\_\_\_\_  
Pflegestufe \_\_\_\_\_

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Vielen Dank  
Ihr Praxisteam Dr. Silke Rösch

Hirschaid, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_