



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eventuelle Zwischenfälle und Risikofaktoren für Sie im Vorfeld vermeiden zu können, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand gewissenhaft zu beantworten.

Name:	Email:
Vorname:	Beruf / Arbeitgeber:
Geburtsdatum: Geburtsort:	Krankenkasse:
Straße:	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
Wohnort:	Hauptversicherter (Ehepartner, Eltern):
Telefon privat:	Geb.-Datum Hauptversicherter:
Telefon geschäftlich:	empfohlen durch:

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass nach jeglicher Anästhesie eine irreversible Nervenschädigung auftreten kann.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie blut verdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten/ Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> sonstige		
_____			_____		
Diabetes (Zucker) (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Sind Sie Raucher? Wie viele Zigaretten am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			Haben Sie Zahnfleischbluten/ Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk z.B. beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Herzschrittmacher, Herzklappenfehler/-ersatz etc.?)			Schmerzen im Kopf- /Nackенbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wünschen Sie eine gezielte Beratung über	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie		
Infektionserkrankungen? HIV (AIDS), TBC,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kinderbehandlung <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung		
Hepatitis (Gelbsucht) (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen		
_____			Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			Wollen Sie in unsere Wiederbestellliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aufgenommen werden? (Erinnerung an die		
_____			halbjährliche/jährliche Untersuchung)		

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen. Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Sie einen Termin haben, ist diese Zeit für Sie reserviert. Sollten Sie aus dringenden Gründen an diesem Tag verhindert sein, müssen Sie mindestens 3 Tage vorher absagen, um uns Gelegenheit zu geben, für diese Zeit einen anderen Patienten zu bestellen. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, Ihren vereinbarten Termin einzuhalten. Sollten Sie unentschuldig einen Termin fernbleiben, behalten wir uns vor, Ihnen diese Zeit laut § 615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

Ladeholzstraße 10
31319 Sehnde
Telefon 051 38/13 15
Telefax 051 38/13 33
E-Mail info@zahnarzt-sehnde.de
Internet www.zahnarzt-sehnde.de