

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Adresse, Tel. Ihres Hausarztes: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Private Zahnzusatzversicherung

Haben Sie ein Bonusheft für gesetzlich Versicherte? Ja Nein

Name der Versicherung(en): _____

Anamnese:

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? **Ja** **Nein**

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, seit wann? _____		
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (Herzasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit langem Bluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Blutgerinnungshemmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
Stoffwechselerkrankungen:	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Natriumcarbonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche? _____		
	Andere Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche? _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überempfindlichkeit gegen _____			
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hep. A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunsystem:	Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? _____		
Sonstige Erkrankungen:	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie je eine andere ernsthafte Krankheit? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden oder wurden Sie gegen eine oder mehrere Erkrankungen behandelt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche und wann _____			

		Ja	Nein
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein:	ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Xarelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L-Thyroxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thyreostatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bisphosphonate _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____			
Weitere Angaben:	Sind/waren Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____		
	Sind/waren Sie alkohol-/drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann und wo? _____		
	Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche _____		
	Haben oder hatten Sie eine Chemo-/ oder Bestrahlungstherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wann? _____		
	Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____		
	Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hatten Sie eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, (seit) wann? _____		
Was ist Ihnen für Ihre Zähne wichtig? Langfristig? _____			
Kurzfristig? _____			
Sind Sie daran interessiert, dass wir Sie halbjährlich/jährlich zu den Kontrollterminen erinnern? (Recall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r