



Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Freiwillig versichert:  0

Pflichtversichert:  0

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres vorigen Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Grund Ihres Arztbesuches: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt? \_\_\_\_\_
2. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? Ja  O Nein   
Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_
3. Neigen Sie zu Nachblutungen? (z.B. bei Zahnextraktionen) Ja  O Nein
4. Reagieren Sie auf Medikamente überempfindlich (Allergie) \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
5. Liegen oder lagen Erkrankungen vor? Ja  O Nein 
  - Herzerkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Lebererkrankungen, Gelbsucht? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Infektionskrankheiten?(Aids, Tbc) \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Diabetes? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Nierenerkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Lungenerkrankungen?(Asthma, Bronchitis) \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Hoher / Niedriger Blutdruck? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Magen-Darm-Erkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Schilddrüsenerkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Nervenkrankheiten, psychische Erkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
  - Sind Sie Tumor-/Osteoporosepatient?(Prostata, Mamma) Ja  O Nein
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  O Nein 
  - Cortison? Ja  O Nein
  - Biphosphonate? (Bonafos, Clodronostac, Didron Ostac, Didronel, Diphos, Editron, Aredia, Pamidron, Actonel, Bondronat, Fosamax, Zometa ) Ja  O Nein
  - blutgerinnungshemmende Medikamente?(ASS, Marcumar, Plavix, Godamed, Ticlopidin, Iscover) Ja  O Nein
7. Welche Medikamente nehmen Sie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Besteht eine Schwangerschaft Ja  O Nein
9. Rauchen Sie, wenn ja wie viel? \_\_\_\_\_ Ja  O Nein
10. Wollen Sie über höherwertige Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzl. Krankenkassen zählen, informiert werden? Ja  O Nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich willige ein, dass der Praxisinhaber Einsicht in meine vorhandene Behandlungskartei (bzw. die meiner Kinder), einschließlich aller Unterlagen erhält.

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch den Praxisinhaber oder dessen Mitarbeiter einverstanden.

Burgoberbach, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_