

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer Sicherheit dienen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum/ -ort:	
Anschrift:	
Telefon (privat/mobil):	
Arbeitgeber/Beruf:	Telefon (Arbeitsplatz):
Hausarzt:	
Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung?	
Wurden Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne/ des Kiefers in den letzten 3 Jahren bei anderen Zahnärzten gemacht?	

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> .	Ja	Nein	Ergänzungen
Allergie, Medikamentenunverträglichkeit (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung blutbildender Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangeldurchblutung des Gehirns /Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemotherapie/ Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Virushepatitis (Infektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenüberfunktion/-unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen (Dialyse?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma, Arthritis, Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? (bitte Mengenangabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauernde ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?			
Ist eine Benachrichtigung zur Vereinbarung von Kontrolluntersuchungen und Prophylaxesitzungen erwünscht (Recall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mit welchen Wünschen oder Anregungen suchen Sie unsere Praxis auf?			
Datum	Unterschrift		