

Persönliche Daten



Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

unter welcher Telefonnummer sind Sie tagsüber erreichbar?

(_____) Mobiltelefon: _____

Krankenversicherung: _____ Arbeitgeber: _____

Fragen zu bestehenden Vorerkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben; deswegen bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit wahrheitsgemäß zu beantworten. Selbstverständlich werden Ihre Antworten streng vertraulich behandelt und Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, sofern Sie elektronisch gespeichert werden.

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

- 1. Herz:**
- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)
 - Herzschwäche (Insuffizienz)
 - Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)
 - Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 - Herzinfarkt
 - Herzklappenfehler/ - ersatz

- Kreislauf:**
- Erhöhter Blutdruck
 - Zu niedriger Blutdruck
 - Mangelnde Gehirndurchblutung / Schlaganfall

- 3. Blut:**
- Blutarmut (Anämie)
 - Blutungsneigung
 - Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar/ASS)?

- 4. Lunge:**
- Asthma / chronische Bronchitis
 - Tuberkulose

- 5. Stoffwechsel:**
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
 - Nehmen Sie Insulin?
 - Schilddrüsenerkrankungen
 - Leberkrankheiten
 - Nierenerkrankungen
 - Dialyse

Ihr Hausarzt ist: _____

- 6. Infektionskrankheiten:** Ja Nein
- Hepatitis
 - HIV / AIDS

- 7. Nervensystem:**
- Anfallsleiden/Epilepsie
 - Depression
 - Sonstige

- 8. Allergien:**
- Heuschnupfen /Ekzeme
 - Medikamenten – Allergie
 - Penicillin – Allergie
 - Haben Sie einen Allergie-Paß?

9. Bestehen sonstige Erkrankungen?

10. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?

12. Sind Sie schwanger? In welcher Woche?

_____ Woche

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja