

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Sie in jeder Hinsicht zahnmedizinisch bestens zu betreuen, ist es uns wichtig über Ihren Gesundheitszustand informiert zu sein.

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf haben. Daher bitten wir Sie unseren Gesundheitsbogen sorgfältig zu lesen, auszufüllen und bei Bedarf zu ergänzen.

Sollten Sie sich bei einigen Fragen unsicher sein, wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam oder Ihren behandelnden Zahnarzt/ Zahnärztin.

Der Gesundheitsbogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ und Ort

Telefon (tagsüber)

Telefon (mobil)

Mail

Beruf

Hausarzt

Krankenkasse/ Krankenversicherung

Für Privatversicherte: haben Sie einen Basistarif abgeschlossen? Ja Nein

Ich möchte an meinen Termin zur zahnärztlichen Vorsorge erinnert werden:

Ja

Nein

Versicherter (falls abweichend):

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte denken Sie daran, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung evtl. bis zu 24 Stunden eingeschränkt sein kann. Ursache hierfür können neben der Behandlung selbst z.B. die durch Injektion eingebrachten Medikamente sein. Wenn Sie möchten, rufen wir Ihnen im Anschluss an Ihre Behandlung gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Um einen optimalen Praxisablauf zu ermöglichen, ist eine gute Planung wichtig. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie den Termin **48 Stunden vorher abzusagen**, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann.

Sollten Sie einen Termin nicht rechtzeitig absagen, können Ihnen die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum und Unterschrift:

Bitte denken Sie an die Rückseite

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Zur Anpassung der Anästhesie-Menge:

wiegen Sie mehr als 130 kg? ja o nein o

Herz/Kreislauf:

Niedriger Blutdruck ja o nein o

Hoher Blutdruck ja o nein o

Herzklappenerkrankung ja o nein o

Herzschrittmacher ja o nein o

Angina Pectoris ja o nein o

Herzinfarkt ja o nein o

Wenn ja, in welchem Jahr?

Gefäße:

Schlaganfall ja o nein o

Durchblutungsstörungen ja o nein o

Arteriosklerose/

Gefäßverkalkung ja o nein o

Blut:

Blutgerinnungsstörung ja o nein o

Häufiges Nasenbluten ja o nein o

Neigen Sie zu Blutergüssen ja o nein o

Leber:

Lebererkrankung ja o nein o

Hepatitis ja o nein o

Hepatitis-Typ: A B C

Magen/Darm:

Magen-/Darmerkrankung ja o nein o

Atemwege:

Tuberkulose ja o nein o

Asthma ja o nein o

Chronische Bronchitis ja o nein o

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit/Diabetes ja o nein o

Wenn ja: Typ1 o Typ2 o

Schilddrüsenerkrankung ja o nein o

Allergien/Überempfindlichkeit:

Medikamente, z.B. Penicillin ja o nein o

Latex ja o nein o

Metalle ja o nein o

Zahnärztliche Werkstoffe ja o nein o

Weitere Allergien:

Immunschwäche:

HIV/Aids ja o nein o

Augen:

Grüner Star/

Erhöhter Augeninnendruck ja o nein o

Skelettsystem:

Osteoporose ja o nein o

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente?

(Bisphosphonate, z.B. Zometa, Actonel)

ja o nein o

Morbus Paget ja o nein o

Nervensystem:

Krampfanfälle/Epilepsie ja o nein o

Depressionen ja o nein o

Angstzustände ja o nein o

Kopf:

Migräne/Kopfschmerzen ja o nein o

Nackenbeschwerden ja o nein o

Kiefergelenksbeschwerden ja o nein o

Knirschen ja o nein o

Würgereiz ja o nein o

Entzündungen der Nebenhöhlen ja o nein o

Mandelentzündungen ja o nein o

Schnarchen Sie nachts ja o nein o

Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?

ja o nein o

Rauchen Sie?

ja o nein o

Wenn ja, wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente, z.B.:

Ass/Aspirin, Marcumar, Clopidogrel, Ticlopidin, Heparin,

Pradaxa, Xarelto, Eliquis ja o nein o

Wenn ja, wie ist Ihr Quick-Wert/INR?

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente ein?

ja o nein o

Wenn ja, welche?:

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? ja o nein o

Wenn ja, in welcher Woche?

Weitere Erkrankungen oder Einschränkungen:

Datum und Unterschrift: