

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____ **Seite 1**

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Herzoperationen	ja []	nein []
Herzerkrankungen	ja []	nein []
Herzschrittmacher	ja []	nein []
Herzklappenerkrankung/-defekt	ja []	nein []
Benötigen Sie vor der Behandlung Antibiotikum? (Endokarditisprophylaxe)	ja []	nein []
Führen Sie einen Herzpass?	ja []	nein []
Kollabieren Sie leicht?	ja []	nein []
Erkrankungen des Blutes?	ja []	nein []
Blutarmut	ja []	nein []
Blutungsneigungen	ja []	nein []
Blutgerinnungsstörungen	ja []	nein []
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. ASS/Marcumar)		
Welches: _____		
Osteoporose	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Nehmen Sie gegen Rheuma oder Osteoporose Medikamente?	ja []	nein []

Nehmen Sie derzeit Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie derzeit folgende Medikamente>>

> Denosumab ja [] nein []

> andere Bisphosphonate ja [] nein []

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Depressionen ja [] nein []

Tuberkulose ja [] nein []

Sind Sie HIV-positiv? ja [] nein []

Sonstige Infektionskrankheiten?

Lungenerkrankungen / Asthma ja [] nein []

Lebererkrankungen ja [] nein []

Hepatitis A/ B/ C ja [] nein []

Magen- / Darmerkrankungen ja [] nein []

Nierenfunktionsstörungen ja [] nein []

Tumorerkrankungen- Chemotherapie/Bestrahlung ja [] nein []

Sind Sie Schnarcher? ja [] nein []

Haben Sie im Schlaf Atemaussetzer? ja [] nein []

Haben Sie sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen Gelenksprothesen (künstliche Gelenke)

eingesetzt? ja [] nein []

Wenn ja, wann? _____

Besteht bei Ihnen eine Allergie?	ja []	nein []
Milcheiweiß	ja []	nein []
Medikamente	ja []	nein []
Antibiotika	ja []	nein []
Lokalanästhetika (Betäubungsmittel)	ja []	nein []
Latex	ja []	nein []
Erdbeeren	ja []	nein []
zahnärztliche Werkstoffe	ja []	nein []
andere allergene Stoffe		

Haben Sie einen Allergiepass?	ja []	nein []
Gab es schon einmal Probleme während einer zahnärztlichen Behandlung?	ja []	nein []

Wenn ja, welche? Bitte angeben:

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []
Sind Sie Raucher?	ja []	nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Sind Sie alkoholabhängig?	ja []	nein []
---------------------------	--------	----------

Sind Sie drogenabhängig?	ja []	nein []
--------------------------	--------	----------

Wenn ja, Häufigkeit des Konsums? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? _____

Haben Sie geistige, körperliche oder psychische Behinderungen?

Wenn ja, Diagnose _____

Für unsere weiblichen Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat? Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?

Stehen Sie noch bei anderen Ärzten in dauerhafter
ärztlicher Behandlung ja [] nein []

Bitte nennen Sie uns Namen, Adresse und Telefonnummer, wenn bekannt:

Haben Sie einen Hausarzt? ja [] nein []

Bitte nennen Sie uns Namen, Adresse und Telefonnummer, wenn bekannt:

Sie sind uns wichtig

Hat sich Ihre Adresse geändert? ja [] nein []

Hat sich Ihre Telefonnummer geändert? ja [] nein []

Hat sich Ihre Krankenkasse oder
Versichertenstatus geändert? ja [] nein []

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad §15 SGBXI oder
Eingliederungshilfe §53 SGBXII vor? ja [] nein []

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Grund Ihres Besuchs

Kontrollbesuch	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Schnarchen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Sonstiges _____		

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nach einer Anästhesie (örtliche Betäubung) die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Bei gesetzlich versicherten Patienten benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei Ihrem Besuch in unserer Praxis. Liegt Sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum _____

Unterschrift _____