

MEINE DATEN

Datum _____

Vorname _____

Nachname _____



Sehr geehrte/r Patient/in

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimale angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und dabei die zutreffenden Antworten anzukreuzen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Straße,Nr. _____

PLZ,Ort _____

geboren am _____ in _____

Handynummer _____

E-Mailadresse _____

Krankenkasse _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?					
Herz	JA	NEIN	Erkrankungen des blutbildenden Systems	JA	NEIN
4. Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmungswege/Lunge		
8. Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bypassoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auge		
11. Schrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf			23. Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Trakt		
13. Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Durchblutungstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen-Nieren		
16. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Blasenenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber			27. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat		
31. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			35. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zentrales Nervensystem	JA	NEIN	Vegetatives Nervensystem	JA	NEIN
36. epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel			38. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
40. Schilddrüsen-unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
41. Schilddrüsen-überfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leiden oder litten Sie an folgende Allergien?					
42. Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Amalgam und/oder Quecksilber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. sonstige Füllungsmaterialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Titan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Nelkenöl und/oder Eugenol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Palladium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
49. Leiden oder litten Sie an andere Allergien? Wenn ja, an welchen? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Besitzen Sie einen Allergiepass?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an folgende Erkrankungen?					
51. HIV bzw. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten? Wenn ja, welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54. Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Röteln, Masern, Mumps, Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Wenn Sie wegen einer bekannten Krankheit in Behandlung sind:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt / Adresse _____					
Telefon _____					

Sonstige medizinische wichtige Informationen			
57. Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecke?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wieviele Zigarette täglich?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Behandlungen auf? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Sind die z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat bzw. wann ist der errechnete Geburtstermin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Besitzen Sie einen Röntgenpass?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere administrative wichtige Informationen			
66. Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort	Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>