

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

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

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe? *Bei ja, bitte ankreuzen.*

Herz

Zustand nach Infarkt
Herzinsuffizienz
Muskelentzündung
Verengung der Herzkranzgefäße
Rythmusstörung
Bypassoperation
Herzklappenersatz
Schrittmacher

Kreislauf

niedriger Blutdruck
Bluthochdruck
Angina pectoris
Durchblutungsstörung
Schlaganfall

Erkrankung der blutbildenen Systems

Blutarmut
Bluter

Augen

Grauer Star
Grüner Star

Atmunswege/Lunge

Asthma
Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

Magenerkrankung
Darmerkrankung

Blase-Nieren

Blasenerkrankung
Nierenerkrankung
Dialyse

Leber

Gelbsucht
Hepatitis
wenn ja, welche?

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

Kopfschmerzen

Bewegungsapparat

Rheuma
rheumatoide Arthritis
Gicht
Osteoporose

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit
Wenn ja, Typ1 oder Typ2?
Wenn ja, letzter HbA1c-Wert?
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel: **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?
Sind Sie Raucher?
Wenn ja, wie viel rauchen Sie am Tag?
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? Besitzen Sie einen Allergiepass?
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
Sind Sie zur Zeit schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (z.B. Internet)
Kommen Sie auf Empfehlung?
Wenn ja, durch wen?

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? **Ja** **Nein**

Die **Verkehrtüchtigkeit im Straßenverkehr** nach zahnärztlichen Behandlungen **kann** unter Umständen bis zu 24 Stunden **beeinträchtigt sein**. Durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.
Um Ihre Zahngesundheit langfristig zu erhalten, sind halbjährliche Kontrolltermine notwendig. Wir werden Sie automatisch an eine entsprechende Terminvereinbarung erinnern. Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie sich bitte an der Rezeption. Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Die entstandenen Kosten können in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)