

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Jung und Kollegen
Stammheimerstr. 10 63674 Altenstadt

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Patient

Versicherte/r (falls abweichend)

Name Name
Vorname Vorname
Straße/ Nr. Straße/ Nr.
PLZ/ Ort PLZ/ Ort
Geburtsdatum Geburtsdatum

Beruf Arbeitgeber

Telefon privat Tagsüber erreichbar/Handy

Tel. beruflich Email

Grund des Zahnarztbesuches

Empfohlen durch

Krankenkasse Zahnzusatzversicherung

Pflichtversichert M Freiwillig versichert Privatversichert Basisversichert
 Familienversichert F Härtefall befreit Beihilfe
 Rentenversichert R Postbeamtenkrankenkasse

Besitzen Sie ein Bonusheft Ja Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Betäubung eingeschränkt ist. Falls Änderungen Ihres Gesundheitszustandes auftreten, bitten wir um unverzügliche Mitteilung. Falls Sie einzelne Fragen auf diesem Bogen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies in einem persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Zahnarzt. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

.....
Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Bitte wenden und drehen

PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Endokartitis-Prophylaxe Ja Nein

Infektionserkrankungen

- HIV Ja Nein
Hepatitis A, B oder C Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein

andere.....

Allergien/Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika(z.Bsp. Penicillin) Ja Nein

andere.....

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Glaukom/ grüner Star Ja Nein

andere.....

Sonstige Medikamente Ja Nein

Medikamente

.....
.....
.....
.....
.....

Medikamente

.....
.....
.....

Medikamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bestehen Tumore oder Geschwülste oder wurden diese entfernt

Ja Nein

Organtransplantationen/ künstliche Herzklappe

Ja Nein

Strahlentherapie Kopf/ Hals

Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein

wenn ja, wann zuletzt:

.....

Schwangerschaft Ja Nein

wenn ja, welcher Monat:

.....

Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt vor einer evtl. Schwangerschaft zu unterrichten.

Datum.....Unterschrift.....