

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		
<input type="checkbox"/> Pflichtversichert M	<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Privatversichert	<input type="checkbox"/> Basisversichert
<input type="checkbox"/> Familienversichert F	<input type="checkbox"/> Härtefall befreit	<input type="checkbox"/> Beihilfe	
<input type="checkbox"/> Rentenversichert R		<input type="checkbox"/> 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

- 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.....

Medikamente

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

Medikamente

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

Medikamente

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