

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Vera Hentrich

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient...

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Name/
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Anschrift _____
Telefon/ _____
Handy _____
Arbeitgeber _____
E-Mail _____
Hausarzt _____

Wünschen Sie in ein Wiederbestellsystem von uns aufgenommen zu werden, um jährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden?

Ja Nein
 per Anruf per E-Mail

Krankheiten aller Art können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb den Anamnese-Fragenbogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? (Falithrom, ASS, ect.?) Ja Nein

Haben Sie Allergien, einen Allergiepass?
Bitte zeigen Sie uns Ihren Allergiepass (falls vorhanden) Ja Nein

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen?
Welche? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft
Woche: Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein
 <10Zig/Tag ≥10Zig/Tag

Nehmen Sie Drogen oder andere Suchtmittel?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| des Herzens | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| zu hoher oder niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrank des Blutes (Gerinnungsstörung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Typ _____ | HbA1c |
| | <input type="checkbox"/> < 7,0% | <input type="checkbox"/> ≥ 7,0% |
| Krebserkrankung, Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma/ Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm- Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma/ rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grauer Star, Glaukom (Grüner Star) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Immunschwäche, AIDS (HIV-positiv) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose
eingenommen? (Bisphosphonate: z.B. Zometa, Aredia,
Bondronat, Fosamax, Actonel) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 2 Wochen
stationär in einem Krankenhaus in Behandlung oder wurde
bei Ihnen eine Infektion mit MRSA Keimen
(= multiresistente Keime) festgestellt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie einen Pflegegrad oder Eingliederungshilfe §53? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in der Praxis tätigen Behandler meine Patientendokumentationen einsehen dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____