



### **Herzlich willkommen in unserer Praxis !**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

#### **Patient Herr/Frau/Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

#### **Mitglied**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

#### **Anschrift**

Strasse \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

#### **Krankenkasse / Versicherung**

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Pflichtversichert \_\_\_\_\_ Freiwillig versichert \_\_\_\_\_ Basistarif \_\_\_\_\_ Beihilfe \_\_\_\_\_

#### **Beruf**

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

#### **Arbeitgeber**

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

**Ärztliche Behandlung** : Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(-en)?

\_\_\_\_\_

**Medikamente** : Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig aufgrund welcher Erkrankung ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisphosphonate** : Wird/wurde bei Ihnen eine Bisphosphonat Therapie durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, intravenös  oder oral

Haben Sie folgende Medikamente in der Vergangenheit eingenommen:  
Denosumab (Prolia, Xgeva), Bevacizunab (Avastin), Sunitinib (Sutent)?  
 ja  nein

**Endoprothesen** : Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk oder eine Titanplatte eingesetzt bekommen?  ja  nein

Wenn ja wann: \_\_\_\_\_

- : Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe oder eine antibiotische Abdeckung aus einem anderen Grund?  ja  nein
- 
- Allergien** : Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder nachgewiesene Allergie (z.B. Antibiotika)?
- 
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein
- Herzerkrankungen** : Herzschwäche (Insuffizienz) ?  ja  nein  
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ?  ja  nein  
 Herzasthma, Angina pectoris ?  ja  nein  
 Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ?  ja  nein
- Kreislaufferkrankungen** : Zu hoher Blutdruck (Hypertonie) ?  ja  nein  
 Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie) ?  ja  nein  
 Zustand nach Herzinfarkt ?  ja  nein  
 Zustand nach Schlaganfall ?  ja  nein  
 Nehmen Sie Gerinnungs - hemmende Medikamente ?  ja  nein
- Stoffwechselerkrankungen** : Zuckerkrankheit (Diabetes) ? \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Magen-Darmerkrankungen? \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankungen? \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Osteoporose? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Erkrankungen des Nervensystems** : Epileptiforme Anfälle ?  ja  nein  
 Krämpfe ?  ja  nein
- Bluterkrankungen** : Probleme bei Wundheilung?  ja  nein  
 Erhöhte Blutungsneigung bei Verletzung oder Hämophilie ?  ja  nein  
 Blutarmut (Anämie) ?  ja  nein
- Infektionserkrankungen** : Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C \_\_\_\_\_) ?  ja  nein  
 Tuberkulose ?  ja  nein  
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, Asthma ?  ja  nein  
 Wurde bei Ihnen ein Aidstest durch geführt ?  ja  nein  
 Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? \_\_\_\_\_
- Weitere Angaben** : Bestehen andere Erkrankungen ? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Trinken Sie Alkohol ?  ja  nein  
 Wenn ja , wieviel? wenig  mittel  viel
- Nehmen Sie Aufputzmittel oder Drogen ?  ja  nein  
 Neigen Sie zu Lippenherpes?  ja  nein  
 Wünschen Sie Beratung bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten bei Mundgeruch?  ja  nein
- Röntgen** : Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-,Kiefer-,  ja  nein  
 Zahnbereich geröntgt ?  
 Wenn Sie möchten, dass wir Röntgenbilder anfordern, teilen Sie uns bitte mit, bei welchem Zahnarzt \_\_\_\_\_
- Unsere modernen digitalen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!**
- Für Frauen** : Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_