



Lieber Patient,
um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ANGABEN ZUR PERSON

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Straße	Geburtsort
PLZ, Ort	E-Mail
Tel. (privat)	Tel. (mobil)
Beruf	Arbeitgeber

KRANKENVERSICHERUNG

Privat

Gesetzlich

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

HAUSARZT

Name	Tel.
Straße	PLZ, Ort

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

- Angeborene oder erworbene Herzfehler Ja Nein
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese Ja Nein
- Endokarditis Ja Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- sonstige Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, hoher/niedriger Blutdruck) Ja Nein

wenn Ja, folgende

- Infektionskrankheiten (z.B. HIV pos/AIDS oder Hepatitis A/B/C) Ja Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Leber Ja Nein

wenn Ja, folgende

- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) Ja Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Niere Ja Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Schilddrüse (z.B. Unter-/Überfunktion) Ja Nein

wenn Ja, folgende



- Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, Tbc) Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie) Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Sonstige Erkrankungen Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Allergien (z.B. gegen Arzneimittel, Latex, Jod, bestimmte Materialien) Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Schwangerschaft Ja Nein
wenn Ja, welche Woche
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Ja Nein
wenn Ja, folgende
- Wird/Wurde bei Ihnen eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt? Ja Nein
- Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
wenn Ja, weshalb
- Haben Sie in den letzten zwei Jahren neue Gelenke bekommen? (z.B. Hüft- oder Knieprothese) Ja Nein
- Hatten Sie bereits bei einer Lokalanästhesie (Betäubung) Probleme? Ja Nein
wenn Ja, weshalb
- Sind Sie Raucher? Ja Nein
- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?
- Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne gemacht?
- Sind Sie interessiert an einer Zahnreinigung? Ja Nein
- Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- *Teilen Sie uns eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!*
- *Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-Kiefer und Gesichtsbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

Nur zur Unterschrift
in den Folgejahren!

Nur zur Unterschrift
in den Folgejahren!