

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Name                                    | Vorname                       | Geburtsdatum   |
| _____                                   | _____                         | _____  |
| Straße                                  | PLZ                           | Wohnort  |
| _____                                   | _____                         | _____  |
| Telefon privat                          | Telefon geschäftlich          | Krankenkasse   |
| _____                                   | _____                         | _____  |
| <input type="radio"/> selbst versichert | versichert durch/über         | <input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter |
| Name des Hauptversicherten              | Vorname des Hauptversicherten | Geburtsdatum des Hauptversicherten   |
| _____                                   | _____                         | _____  |
| Adresse des Hauptversicherten           |                               |  |
| _____                                   |                               |  |
| Beruf                                   | Arbeitgeber                   | Hausarzt   |
| _____                                   | _____                         | _____  |

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre Therapie planen zu können.

|   |  |
|---|--|
| <p>Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...</p> <p>Herzens oder Kreislaufs ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Leber ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Nieren ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Schilddrüse ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Magen-Darm-Traktes ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Gelenke (Rheuma) ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Haben oder hatten Sie ...</p> <p>Hohen/niedrigen Blutdruck.. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Diabetes ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Epilepsie ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Grünen Star ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Zahnfleischbluten ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Neigen Sie zu Blutungen? .... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wurde ein HIV-Test durchgeführt? ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja..... <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ</p> <p>Haben oder hatten Sie eine Hepatitis? ..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welcher Typ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C</p> | <p>Haben Sie einen Röntgenpass?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>_____</p> <p>Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>_____</p> <p>Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>_____</p> <p>Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>_____</p> <p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.