

Wolfgang-M. Boer

Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde

Sehr geehrter Patient,

da viele zahnärztliche Maßnahmen und Medikamente Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen aufweisen können, sind wir bei der Diagnosestellung und Behandlung auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gewissenhaft zu beantworten, und uns auch später über etwaige Änderungen unverzüglich zu informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person:

Patientenname	Name des Versicherten
Vorname	Vorname
Geb.Datum	Geb.Datum
Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort
Telefon, priv.	Telefon, dienstl.
Beruf	Arbeitgeber

Name der Privatversicherung

Grund Ihres Kommens: Zahnprobleme Routinekontrolle
 Zahnfleischprobleme Ästhetik
 Kiefergelenkprobleme

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bluten Wunden bei Ihnen ungewöhnlich lange oder heilen schlecht? Ja Nein

Bitte wenden 

Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein Ungewiß
Wenn ja, welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Bei weiblichen Patienten:

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, welcher Monat?

Leiden Sie unter einer dieser Erkrankungen?

	Nein	Ja	Ungewiß
Blutdruck zu hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Grüner Star“ (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Erkrankungen:

Wurden Sie in den letzten
12 Monaten geröntgt

Für eventuelle Rückfragen (Wenn bekannt mit Telefonnummer)

Name des Hausarztes

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben,

Euskirchen, den _____

Unterschrift