



## Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer oralchirurgischen Praxis. Wir bitten Sie, uns vorab einige medizinische Informationen zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab. Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten in unserer EDV und in unserem Online-Terminbuch bearbeiten und speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	PLZ, Wohnort:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:	Mobiltelefon:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse:	Arbeitgeber:	Beruf:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt:	Hauszahnarzt:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Woher kennen Sie uns?  Hauszahnarzt  Familie / Freunde / Bekannte  Google  Jameda

Möchten Sie zukünftig an Ihre Termine erinnert werden?  per SMS  per Email  Anruf  nein, nicht nötig

2.  Ich bin selbst versichert

Ich bin versichert über meine/n:  Ehemann  Ehefrau  Vater  Mutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsanschrift (Straße, PLZ, Ort): <input type="text"/>		

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  nein  ja:

3. Bitte helfen Sie uns, Ihnen bei der Behandlung die medizinisch bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Um gesundheitliche Risiken vermeiden zu können, ist es notwendig, dass Sie die folgenden Fragen ausführlich beantworten:

### Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

- Herz oder Kreislauf (Infarkt)?  nein  ja, welche:
- Lunge (Asthma, Embolie)?  nein  ja, welche:
- Leber?  nein  ja, welche:
- Nieren?  nein  ja, welche:
- Magen-Darm-Trakt?  nein  ja, welche:
- Schilddrüse (Über-/Unterfunktion)?  nein  ja, welche:
- Blut?  nein  ja, welche:
- Gelenken (Rheuma)?  nein  ja, welche:
- Knochen (Osteoporose)?  nein  ja, welche:



## 4. Haben oder hatten Sie jemals...

- |                          |                               |                             |                          |                               |                             |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| • hohen Blutdruck?       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | • grünen Star (Glaukom)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| • Gelbsucht (Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | • Epilepsie?             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| • Zucker (Diabetes)?     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | • Zahnfleischbluten?     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

5. • Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_
- Neigen Sie zu Blutungen?  nein  ja
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?  nein  ja
- Sind Sie HIV positiv?  nein  ja
- Leiden Sie unter einer Hepatitis A, B oder C?  nein  ja
- Rauchen Sie?  nein  ja, wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_
- Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig
- Konsumieren Sie Rauschmittel?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_
- Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt?  
(Zähne, Nebenhöhlen, Hals, Nase oder Ohren)?  nein  ja, wann /bei welchem Arzt:  
\_\_\_\_\_
- Sind Sie derzeit schwanger?  nein  ja, Schwangerschaftsmonat: \_\_\_\_\_
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja, warum: \_\_\_\_\_
- Waren Sie in den letzten zwei Jahren  
im Krankenhaus?  nein  ja, warum: \_\_\_\_\_
- Haben oder hatten Sie jemals Allergien?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an anderen Erkrankungen?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie Medikamente ein?  nein  ja, welche Medikamente:
- blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Clopidogrel, Aggrenox, Pradaxa, Xarelto, ...)  
\_\_\_\_\_
- Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen „Bisphosphonate“ (Zolendronat, XGEVA, Avastin, ...)  
\_\_\_\_\_
- sonstige Medikamente (Blutdruck, Cholesterin, Zucker, ...)  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)