



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)