Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	☐	☐	Bluterkrankungen	☐	☐	Epilepsie	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Krankenhauskeim MRSA	☐	☐	Nierenfunktionsstörungen	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Leberkrankheiten	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
TBC	☐	☐	Hepatitis A / B / C	☐	☐	Tumor / Karzinom / Krebs	☐	☐
HIV-Infektion	☐	☐						

Ihr Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

b) Bestehen Allergien? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass? ☐ ja ☐ nein

c) Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall ☐ ja ☐ nein

Lähmungen ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

d) Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch Ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

3. Nehmen Sie Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

5. Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss Ggf. wievielte Woche

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ☐ ja ☐ nein Unfalldatum

Art. d. Verletzung

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher Schweregrad?

12. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

13. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ☐ ja ☐ nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

14. Haben Sie einen Röntgenpass? ☐ ja ☐ nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)

15. Haben Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:*

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

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r