

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dr. Annegret Schultze

Patient

Herr/Frau/Kind _____

Name

Vorname

geb.

Versicherungsverhältnis

gesetzlich private Zusatzversicherung Beihilfe privat

Krankenkasse _____

Anschrift

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Tel. privat

Tel. tagsüber

Beruf/

Arbeitgeber

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

_____ja
_____nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

_____ja
_____nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

_____ja
_____nein

_____ Datum

_____ (Unterschrift des Patienten)

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitte wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gern fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen ein der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Ergänzende Angaben eintragen
1. Allergie (Welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Atemwegserkrankungen (Welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes (Welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Koronare Herzkrankheit Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4 Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7 Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.8 Hypotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.9 Mangel durchblutung des ZNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Infektionskrankheiten			
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| 9.2 | AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10 | Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11 | Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12 | Nierenerkrankungen | | | |
| 12.1 | Chronische Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12.2 | Dialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13 | Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14 | Rheumatische Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 15 | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 16 | Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 17 | Frühere Operationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 18. | Haben Sie Angst vor der
Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 19 | Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 20 | Nehmen Sie Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |