

Dr. med. dent. Vivien Maas

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bestmöglich betreuen. Deshalb bitten wir Sie, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Gesundheitsfragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

		<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau
Vorname	Nachname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Straße	PLZ, Ort		
Telefon privat	Mobil		
E-Mail	Beruf		

Versicherter

(nur angeben, wenn die Angaben von oben abweichen)

		<input type="radio"/> Ehepartner	<input type="radio"/> Vater / Mutter
Vor- und Nachname	Geburtsdatum		
Straße	PLZ, Ort		
ggf. gesetzlicher Vertreter			

Krankenkasse		
<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Beihilfe	<input type="radio"/> Zuzahlungsbefreiung
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> Zusatzversicherung	

Gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Name + Dosierung)

ja nein

Hausarzt: (Name, Anschrift)

Im Falle einer geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung. Diagnose:

Ist die Kooperationsfähigkeit zur Behandlung gegeben?

bedingt ja nein

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche?

ja nein

2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?

ja nein

3. Asthma, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) oder anderweitige Atemnot?

ja nein

4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? Wenn ja, welche?

ja nein
 ja nein

5. Diabetes mellitus?
Insulinpflichtig? Wenn ja, wie hoch ist der aktuelle HbA1-Wert?

ja nein
 ja nein

6. Grüner Star (Glaukom)?

ja nein

7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht / Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
Wenn ja, welche?

ja nein

8. Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?

ja nein

9. Autoimmunerkrankungen? (z. B. rheumatische Erkrankungen) Wenn ja, welche?

ja nein

10. Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche?

ja nein

11. Erkrankungen der inneren Organe? (z. B. Leber, Nieren) Wenn ja, welche? ja nein

12. Nervenleiden? (z. B. Epilepsie) Wenn ja, welche? ja nein

13. Haben Sie Osteoporose? ja nein
14. Wurde eine Chemo- / Strahlentherapie (Bestrahlung) durchgeführt? Wenn ja, wann? ja nein

15. Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein
16. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche? ja nein

17. Sind oder waren Sie alkoholabhängig? ja nein
18. Rauchen Sie (z.B. Zigaretten, Pfeife)? Wenn ja, wieviele pro Tag? ja nein

19. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? ja nein

20. Wurde schon eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt? ja nein
21. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht genannt wurden? Wenn ja, welche? ja nein

22. Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja nein
23. Kam es vorher schon einmal zu Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen? ja nein

Weitere Angaben

Ich möchte bitte an Termine für regelmäßige Kontroll- und Prophylaxeuntersuchungen erinnert werden.

ja nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahme und eine Schwangerschaft mit.

Vielen Dank. Mit Ihrer Unterschrift bestätige Sie uns, dass wir Sie über Ihre oben angegebenen Daten kontaktieren dürfen.

Datum / Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten