



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt!

### Allgemeine Fragen

Männlich  Weiblich  Name, Vorname d. Patienten \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz) \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil) \_\_\_\_\_

Beruf d. Patienten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefond. Arztes \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_ Telefond. Arztes \_\_\_\_\_

ggf. gesetzlicher Betreuer \_\_\_\_\_

Hauptanliegen für Ihren heutigen Besuch unserer Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Krankengeschichte

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren? Ja Nein Weiß nicht

1) Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklap-  
perkrankungen, Herzrhythmusstörungen)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2) Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation?

3) Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderwältige Atemnot?

4) Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?  
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (Ass, Marcumar, Falithrom)

5) Diabetes mellitus?  
Insulinpflichtig?

6) Grüner Star (Glaukom)?



	Ja	Nein	Weiß nicht
7) Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Herpatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/Aids) <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen? <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Autoimmunerkrankungen? (z.B. rheumatische Erkrankungen) <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Schilddrüsenerkrankungen? <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Erkrankungen der inneren Organe? (z.B. Leber, Niere) <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nervenleiden? (z.B. Epilepsie) <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Kosumgewohnheiten? (z.B. Rauchen, Alkohol) <b>Wenn ja, welche und wie viel?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? <b>Wenn ja, welche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) <b>Für Frauen:</b> Besteht eine Schwangerschaft? <b>Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Einnahme von Medikamenten/Dosierung: _____			
19) Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen? _____			

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!**

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen & Prophylaxeterminen einverstanden. Ja  Nein

Gelsenkirchen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters

1. Aktualisierung am: \_\_\_\_\_

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters

2. Aktualisierung am: \_\_\_\_\_

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters