

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen.
Zur Durchführung einer fachgerechten Behandlung möchten wir über Ihren Gesundheitszustand informiert sein. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxispersonal.

Name des Patienten: _____

Name des Versicherten: _____

Anschrift des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Überweisender Arzt: _____

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Bestehen Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Allergien? Wenn ja, welche?

BITTE WENDEN!

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> bestand eine Hepatitis, Tbc |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> HIV/Aids |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Allergien |
| <input type="radio"/> Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Alkohol/Drogenabhängig |
| <input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Glaukom | |
|
 | |
| <input type="radio"/> Bösartige Erkrankung / Krebsleiden | |

Wenn ja, welche? _____

- Andere Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie eine Chemotherapie oder Bestrahlung?

- ja nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

- ja nein

Hinweis:

**Die Injektion örtlicher Betäubungsmittel beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit.
Wir empfehlen, innerhalb von 24 Stunden nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.**

Hiermit stimme ich der Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt /
Hauszahnarzt

- zu nicht zu

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Datum:.....

Unterschrift:.....