



PATIENT

HAUPTVERSICHERTER

Name: _____

Vorname: _____

Geb.am: _____

Wohnort: () _____ () _____

Strasse: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Tel.Privat: _____ Tel.Beruf: _____

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Für Ihre Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb die unten stehenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?		Nein	Ja	seit
Herz-Kreislauf-Krankheiten:	z.B. Herzinfarkt _____	() _____	() _____	_____
	Herzschrittmacher _____	() _____	() _____	_____
	Endokarditis _____	() _____	() _____	_____
	Bluthochdruck _____	() _____	() _____	_____
Blutgerinnungsstörungen:	z.B. Bluter _____	() _____	() _____	_____
	Nehmen Sie folgende Medikamente:			
	Marcumar _____	() _____	() _____	_____
	ASS _____	() _____	() _____	_____
	Anfallsleiden / Epilepsie _____	() _____	() _____	_____
	Ohnmacht _____	() _____	() _____	_____
	Asthma / Lungenerkrankungen _____	() _____	() _____	_____
	Zuckerkrankheit / Diabetes _____	() _____	() _____	_____
	Drogenabhängigkeit _____	() _____	() _____	_____
	Schilddrüsenerkrankungen _____	() _____	() _____	_____
	Leberentzündung / Hepatitis _____	() _____	() _____	_____
	Nierenerkrankungen _____	() _____	() _____	_____
	Tuberkulose _____	() _____	() _____	_____
	AIDS _____	() _____	() _____	_____
Sonstige Erkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten:				
	z.B. Lokalanästhesie / Spritzen _____	() _____	() _____	_____
	Antibiotika _____	() _____	() _____	_____
	Schmerzmittel _____	() _____	() _____	_____
	Metalle _____	() _____	() _____	_____
	Besteht eine Schwangerschaft? _____	() _____	() _____	_____
	Wünschen Sie Erinnerungs-Service zur Vorsorgeuntersuchung? _____	() _____	() _____	_____

(Wichtig für Zahnersatz-Bonus)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig / zur Zeit? _____

Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? _____

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 3 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Bitte beachten: Nach Erhalt einer örtlichen Betäubung zur Schmerzausschaltung kann die Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden beeinträchtigt sein!

Bad Krozingen, den _____ Unterschrift: _____