



## Patient:

Name:

Vorname:

geb. am:

Geburtsort:

Straße:

Wohnort:

Telefon privat:

tagsüber:

Mobil:

E-Mail:

Beruf/Arbeitgeber:

## Versicherter (falls vom Patient abweichend):

Name:

Vorname:

geb. am:

Geburtsort:

Straße:

Wohnort:

## Weitere Angaben:

zusatzversichert  beihilfeberechtigt

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung/Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Hausarzt und Ort der Praxis: \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

### Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Herzoperationen
<input type="checkbox"/> Herzpass	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall

Sonstiges \_\_\_\_\_

wird eine **Endokarditis-Prophylaxe** benötigt?

**ja** **nein**

**Bitte wenden!**

# Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

	ja	nein
<b>Blutgerinnungsstörungen, Blutverdünnung - wenn ja, welche Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASS 100 <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Lixiana		
<input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
<b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit): <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Augenerkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> grüner Star <input type="checkbox"/> grauer Star <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rheuma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenerkrankungen</b> - welche? _____ <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankungen</b> - welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b> - welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Angstzustände</b> <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Lungenerkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionen:</b> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Hepatitis ____ (A, B, C) <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoporose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tumorerkrankungen, Chemotherapie, Immunsuppression, Organtransplantation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja - welche/wann? _____		
Werden oder wurden Sie mit <b>Bisphosphonaten</b> behandelt? <small>(z.B. Alendronat/Clodronat/Etidronat/Ibandronat/Pamidronat/Risendronat/Tiludronat/Zoledronatsäure)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <b>künstliche Gelenke</b> ? _____ Seit wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle, ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztl. Behandlungsmaßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b> - wenn ja welche? _____ <small>(z. Bsp. Latex, Metalle, Schmerzmittel, Antibiotika)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergiepass</b> vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? Wenn ja - welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja - welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Erkrankung, die noch nicht aufgeführt wurde? Wenn ja - welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele täglich, ca. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme unserer Hinweise und Ihr Einverständnis.

\_\_\_\_\_  
Ort · Datum · Unterschrift des Patienten  
(bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)