



Zahn + Gesund

Bungart | Schöbel | Ansorge

Zahnärztliches Zentrum

Zahn + Gesund · Münstereifeler Straße 98 · 53879 Euskirchen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes.

Patient

Name, Vorname

geb.

Straße/Hausnummer

Ort/Postleitzahl

Handy/Telefon

Mail

Versicherter

Name, Vorname

geb.

Abweichende Anschrift?

Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle o. Versicherung

Haben Sie eine **Zusatzversicherung**?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte, Freunde, Familie **Social Media** **Internet**

Da wir eine **Terminpraxis** sind, bitten wir Sie, Termine **frühzeitig** abzusagen. Patienten ohne festen Termin werden in den laufenden Betrieb eingebunden. Dies kann zu Wartezeiten führen, da bei uns Terminpatienten oberste Priorität haben.

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

1. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

2. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

• Unverträglichkeit von Medikamenten Ja Nein wenn ja: welche?: _____

• Asthma (schwere Atemnot) Ja Nein

• Allergische Reaktionen, wie z.B. Heuschnupfen Ja Nein

• Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

• Wie ist der Blutdruck? _____ niedrig normal hoch

• Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen Wann? _____ Nein

• Gelbsucht Leberkrankheiten ggf. Wann? _____ Nein

• Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein HbA1c Wert : _____

• Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, PCP Ja Nein

• Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

• Epileptiforme Anfälle Ja Nein

• Osteoporose Ja Nein / wenn ja: medikamentös therapiert? Ja Nein

• Krebserkrankung // Chemotherapie Ja Nein

• Haben Sie ein künstliches Gelenk (z.B. Hüfte) oder einen Klappenersatz (Herz)? Ja Nein

3. Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

→ Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? wenn ja: welche? _____

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

5. HIV oder Hepatitis C positiv? Ja Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

→ Wenn ja, welche? _____

7. Rauchen Sie? Ja Nein

8. Wann war die letzte zahnmedizinische Röntgenuntersuchung? _____

9. Sonstige Hinweise/ Allergien/Erkrankungen _____

10. Wer ist Ihr Hausarzt/Facharzt?

_____ Telefon Nr.: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ____Woche Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich **Änderungen umgehend mitzuteilen**.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten