

**Zahnarztpraxis
Rüdiger Reppel**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

**Wir möchten Ihnen von Anfang an eine optimale und auf Sie zugeschnittene Behandlung
zukommen lassen. Bitte beantworten Sie uns dazu die folgenden Fragen:**

Name..... Vorname..... Geb.....

Anschrift..... Telefon.....

Versicherung

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert. Medikamente, auch
Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Diese
Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den
Bestimmungen des Datenschutzes.**

Hausarzt

Sind Sie aktuell am Corona-Virus erkrankt? ja nein

Hatten Sie eine bestätigte Corona-Infektion? ja nein

Haben Sie sich in einem Corona-Riesikogebiet aufgehalten? ja nein

Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? ja nein

Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht? ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz- Kreislauferkrankung

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, o.ä.) ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Herzklappenersatz/ Stent? ja nein

Schlaganfall ja nein

Sonstige Herz- Kreislauferkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

ist in den letzten 2 Jahren ein operativer Eingriff durchgeführt wurden ja nein

Wenn ja was?.....

Bluterkrankungen

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Blutarmut ja nein

Gerinnungshemmende Medikamente

(Aspirin, Marcumar, Falithrom, Plavix, Xarelto o.ä.) ja nein

Thromboseerkrankung ja nein

Sonstige Bluterkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Zahnarztpraxis Rüdiger Reppel

Allergien

Zahnärztliche Materialien ja nein
Penicillin ja nein
Lokalanästhetika ja nein
Latexallergie ja nein
Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
Sonstige Allergien? ja nein
Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten

Tuberkulose ja nein
Hepatitis / A/ B/ C ja nein
Aids / HIV ja nein
Sonstige Infektionserkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Andere Erkrankungen

Asthma / Lungenerkrankungen ja nein
Diabetes ja nein
Epilepsie ja nein
Glaukom ja nein
Lebererkrankungen ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Nierenleiden ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? Woche.

Bekommen / bekamen Sie **Bisphosphonate**? ja nein

(Medikamente zur Verringerung d. Knochenabbaus-bei z.Bsp. Osteoporose oder zum Schutz des Knochens nach Tumor-Operationen (Brustkrebs oder Prostatakrebs))

Wenn ja, wie lange? als Tabletten Infusion Spritze

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten (o.ä.) pro Tag?

.....
Datum

.....
Ihre Unterschrift