

**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