

**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 .....

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

**Herz- Kreislauferkrankung**

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, o.ä.)	ja	<input type="radio"/> nein
Hoher Blutdruck	ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenersatz/ Stent?	ja	<input type="radio"/> nein
Schlaganfall	ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Herz- Kreislauferkrankungen?	ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? .....		

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

**Wenn ja was?**.....

**Bluterkrankungen**

Blutgerinnungsstörungen	ja	<input type="radio"/> nein
Blutarmut	ja	<input type="radio"/> nein

**Gerinnungshemmende Medikamente**

<b>(Aspirin, Marcumar, Falithrom, Plavix, Xarelto o.ä.)</b>	ja	<input type="radio"/> nein
Thromboseerkrankung	ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Bluterkrankungen?	ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? .....		

**Allergien**

Zahnärztliche Materialien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Penicillin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Latexallergie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? .....		

# Zahnarztpraxis Rüdiger Reppel

## 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

