

**WILLKOMMEN!** Bitte beantworten Sie folgende Fragen als Grundlage für eine optimale Behandlung:

Name, Vorname		Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> abweich. Versicherungsnehmer/in	
Name und Anschrift Versicherungsnehmer/in			



### HERZ/KREISLAUF

- Blutdruck  hoch  niedrig
- Rhythmusstörungen
  - Schwindel
  - Herzinfarkt
  - Herzfehler
  - Entzündung am Herzen
  - künstliche Herzklappe
  - Herzschrittmacher

### BLUT

- Gerinnungsstörung
- Nachbluten bei Operationen

### GEFÄSSE

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen

### STOFFWECHSEL

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüse .....

### LEBER

- Leberfunktion beeinträchtigt
- Hepatitis  A  B  C

### MAGEN/DARM

- Erkrankungen, welche?  
.....

### NIEREN

- Niereninsuffizienz
- dialysepflichtig

### ATEMWEGE/LUNGE

- Asthma
- COPD
- Tuberkulose

### NERVEN

- Krampfanfälle
- Depressionen
- Angstzustände
- Kopfschmerzen

### SKELETTSYSTEM/KNOCHEN

- Osteoporose
- Gelenkerkrankung
- Muskelerkrankungen
- künstliche Gelenke

### AUGENERKRANKUNG

- Glaukom (Grüner Star)

### REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTE

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Gerinnungshemmer .....
- Schmerzmittel .....
- Rheumamittel
- Antidiabetika
- Psychopharmaka
- Sonstige .....
- Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? (z. B. Fosamax®, Bonviva®, Actonel®)  Ja  Nein

### ALLERGIEN

- Antibiotika .....
- Schmerzmittel .....
- Latex
- Jod
- Heuschnupfen/Nahrungsmittel
- Metalle .....
- Sonstige .....
- Allergiepass vorhanden

### IMMUNSCHWÄCHE

- AIDS/HIV
- Blutkrebs
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Zustand nach Organtransplantation
- Sonstige .....

### UNGEWÖHNLICHE REAKTIONEN AUF ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

- bei Spritzen
- bei Medikamenten
- Angst vor der Behandlung
- Sonstige .....

### WÜNSCHEN SIE, WENN NÖTIG, EINE BEHANDLUNG UNTER ÖRTLICHER BETÄUBUNG?

- Ja  Nein

### AUFFÄLLIGKEITEN MUND/ZAHNBEREICH

- Knacken/Schmerzen im Kiefergelenk
- Schnarchen
- Besuchsgrund .....
- Sonstige .....

### WEITERE ANGABEN

Letzte zahnärztliche Untersuchung Wann? .....

Letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme Wann? .....

Bei Praxis .....

Hausarzt .....

Sind Sie schwanger?  
Ja, Woche .....  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  
 Ja  Nein

Wünschen Sie die Teilnahme am Recall (kostenlose automatische Erinnerung zur Vorsorgeuntersuchung)?  Ja  Nein

Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Individualprophylaxeprogramm? (Vorbeugung, inkl. Zahnreinigung)  
 Ja  Nein

### DIE OBIGEN ANGABEN ENTSPRECHEN MEINEM KENNNTNISSTAND:

.....  
Datum und Unterschrift