

Zahnarztpraxis Gleisberg

IN BOCHOLT

HERZLICH WILLKOMMEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit streng vertraulich von uns behandelt!

Allgemeine Fragen

Männlich Weiblich Name, Vorname

Telefon (Festnetz) Telefon (Mobil)

Beruf d. Patienten Geburtsdatum

Hausarzt Telefon d. Arztes

Zahnarzt Telefon d. Arztes

ggf. gesetzlicher Betreuer

Hauptanliegen für Ihren heutigen Besuch unserer Zahnarztpraxis

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Fragen zur Krankengeschichte

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren? Ja Nein Unbekannt

1) Herz-, Kreislauf- oder Gefässerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenkrankungen, Herzrhythmusstörungen)

Wenn ja, welche?

2) Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation?

3) Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderwältige Atemnot?

4) Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (Ass, Marcumar, Falithrom)

5) Diabetes mellitus?
Insulinpflichtig?

6) Grüner Star (Glaukom)?



	Ja	Nein	Unbekannt
7) Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Herpatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
8) Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
9) Autoimmunerkrankungen? (z.B. rheumatische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
10) Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
11) Erkrankungen der inneren Organe? (z.B. Leber, Niere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
12) Nervenleiden? (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
13) Konsumgewohnheiten? (z.B. Rauchen, Alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wie viel? _____			
14) Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
16) Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
17) Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____			
18) Einnahme von Medikamenten/Dosierung:			

19) Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?			

Einverständnis- & Datenschutzerklärung

Hiermit bitte ich um Wiederbestellung seitens der Zahnarztpraxis zu Kontrolluntersuchungen & Prophylaxeterminen.

Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Datenschutzerklärung der Praxis (einzusehen im Internet auf unserer Webpräsenz unter <https://www.zahnarztgleisberg.de/datenschutz>) gelesen und verstanden zu haben.

Ja

Bocholt, den _____

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters

1. Aktualisierung am: _____

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters

2. Aktualisierung am: _____

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreters

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!