

**Patient\*in**

Name:..... Vorname:.....  
 Anschrift:.....  
 Geb.-datum / -ort..... Tel.:..... E-Mail: .....

**Versicherte/-r bzw. Zahlungspflichtige/-r (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/-r)**

Name: ..... Vorname:.....  
 Anschrift:..... Geb.-datum:.....

Gesetzlich versichert	Privat (zahn-) zusatzversichert	Basistarif
Privat versichert	Beihilfeberechtigt	Standardtarif

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

**(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)**

JA      Nein

1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?.....
3. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?.....
4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  
Wenn ja, welche?.....
5. Besitzen Sie einen Allergiepass?
6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
  - Bei bestimmten Materialien?
  - Bei bestimmten Arzneimitteln?
  - Bei bestimmten Nahrungsmitteln?
7. Haben Sie eine
  - Penicillin-Allergie?
  - Jodallergie?
  - Latexallergie?
8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?  
Wenn ja, welche?.....
  - Herzinfarkt?
  - Angina Pectoris
  - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?
  - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
  - Herzoperationen?
  - Haben Sie einen Herzschrittmacher?

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? JA      NEIN

- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?
- Lebererkrankungen?
- Gelenkerkrankungen (Endoprothetik – künstliche Gelenke)?
- Zu hoher Blutdruck?
- Zu niedriger Blutdruck?
- Schlaganfall?
- Nierenerkrankungen?
- Diabetes?
- Tumor-Erkrankung?
- Schilddrüsenerkrankung?
- Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?
- Asthma/ Lungenerkrankungen?
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?
- Nervenerkrankungen?
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?
- Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche? .....

10. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

12. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich? .....

**Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?.....

13. Name und Anschrift des Hauszahnarztes:.....

.....

14. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....

15. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

.....

**Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie: Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-Kiefer- und Gesichtsbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

*Wir führen eine Bestellpraxis, d.h. vereinbarte Termine sind ausdrücklich für Sie reserviert. Deshalb bitten wir darum, **Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig (mind. 48 Stunden vorher) abzusagen**. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichterscheinen eine Ausfallgebühr von 200 € pro Stunde geltend machen müssen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesen Bedingungen einverstanden.*

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten