



Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsart/Nummer	VK gültig bis	Datum
Beihilfeberechtigung?		

	Name, Anschrift, Geb.-Datum, Tel.
Hauptversicherte/r:	
Sorgeberechtigte/r:	
ggf. medizinische Betreuung:	
ggf. behandelnder Arzt:	
ggf. Überweiser:	
Beruf / Arbeitgeber:	
Bankverbindung:	

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

Erkrankungen jeder Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen deshalb sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

	ja   nein		ja   nein
1. Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Warum? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	▪ Rheuma / rheumatisches Fieber ▪ Nervenerkrankung ▪ Anfallsleiden ▪ Schlaganfall ▪ Tumorleiden ▪ Ansteckende Erkrankungen Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV pos <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu hohen Blutdruck? Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ▪ Herzklappenfehler / Prothese oder Herzschrittmacher ▪ Endokarditis ▪ Herzoperationen ▪ Angina pectoris ▪ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen? ▪ Schilddrüsenerkrankung ▪ Asthma / Lungenerkrankung ▪ Lebererkrankung ▪ Magen- / Darmerkrankung ▪ Nierenerkrankung ▪ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ▪ Erkrankungen des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörung) ▪ Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) ▪ Allergien bzw. Unverträglichkeiten Penicillin <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Datum (ungefähr): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Falls ja, SSW: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum	Unterschrift

**Bitte beachten Sie:** Nach Gabe örtlicher Betäubungsmittel (Lokalanästhetika, Injektionen) dürfen Sie kein Kraftfahrzeug führen. Bei Verhinderung melden Sie sich bitte frühzeitig, da wir Ihnen Termine, die nicht **mindestens 24 Stunden** zuvor abgesagt werden, mit **50 Euro je 30 Minuten** in Rechnung stellen müssen.