

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die Fragen auf den nachfolgenden Seiten möglichst vollständig.

Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam Dr. Ulmer

Patient		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
_____	_____	_____
Geburtsname:	Geburtsort:	
_____	_____	

Versicherter		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
_____	_____	_____

Anschrift	
PLZ: _____	Ort: _____
Straße: _____	
Telefon: _____	
Mobiltelefon: _____	
E-Mail-Adresse: _____	

Versicherungsstatus

Gesetzlich Krankenkasse: _____

Privat Zahn-Zusatzversicherung: _____

	ja	nein	unbekannt
Waren Sie vor kurzem noch in ärztlicher Behandlung oder befinden Sie sich zurzeit noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar, Pradaxa)			
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate (z.B. Zometa, Aredia)			
<input type="checkbox"/> Folgende andere: _____			
Hatten Sie früher eine Therapie mit Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnentfernungen stärkere Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher? Besitzen Sie einen Herz-Pass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft, und wenn ja, wann ist der erwartete Entbindungstermin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

	ja	nein	unbekannt	ja	nein	unbekannt
Herzerkrankungen (Klappenersatz, Infarkt, Angina Pectoris, Herzfehler, Endokarditis, Voroperationen? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher oder Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Magen-Darm-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Erkrankung, die nicht aufgeführt ist? Wenn ja, an welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Nackenverspannungen oder Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne, Kopfschmerzen oder Tinnitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? Datum: _____

	ja	nein	unbekannt
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es empfindliche oder störende Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen oder mehrere Zähne durch Zahnlockerung verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört Sie das Aussehen Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? über das Internet Durch Empfehlung von: _____
 sonstiges: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____