



▶ **PATIENT** Name, Vorname, geb.

---

Straße

---

Wohnort

---

Telefon

---

Beruf und Arbeitgeber (Name/Anschrift/Telefon)\*

**VERSICHERTER** Name, Vorname, geb.

---

Krankenkasse

---

private Zusatzversicherung?

---

Hausarzt/anderer Arzt, bei dem Sie in ständiger Behandlung sind

---

**WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?\*** \*freiwillige Angaben

- ▶ **IHRE SPEZIELLEN WÜNSCHE AN UNS:**
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontoseprophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnfleisch-/ Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung /-sanierung |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung           | <input type="checkbox"/> Implantate                          | <input type="checkbox"/> Zahnersatz                    |
| <input type="checkbox"/> zahnfarbene Füllung               | <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung          | <input type="checkbox"/> Veneers / Zahnformkorrektur   |

	JA	NEIN
▶ Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> ein? (z.B. Marcumar/ASS/Iscover/Plavix/Aggrenox/Tiklyd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Leiden Sie an <b>Herz-, Kreislauf oder Gefäßerkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (Herzschwäche) <input type="checkbox"/> andere		
▶ Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/ Arzneien oder sind bei Ihnen <b>Allergien</b> festgestellt worden? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Leiden Sie an <b>Asthma/chronischer Bronchitis</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Leiden Sie an <b>grünem Star</b> (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Haben Sie <b>Erkrankungen der Nervensystems</b> (epileptiforme Anfälle/Krämpfe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Leiden Sie an <b>Bluterkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie)		

	JA	NEIN
▶ Haben Sie <b>Stoffwechselerkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> andere		
▶ Leiden Sie an Rheuma oder anderen <b>Knochen- bzw. Gelenkproblemen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Haben oder hatten Sie eine <b>Lebererkrankung</b> (Gelbsucht/Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Sind <b>Infektionskrankheiten</b> bei Ihnen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> AIDS/HIV		
▶ Sind Sie <b>schwanger</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?		
▶ Sind jemals <b>Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen</b> aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche		
▶ Haben Sie <b>Angst</b> vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Haben Sie manchmal <b>Zahnfleischbluten</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Leiden Sie oft an <b>Kopfschmerzen oder Verspannungen</b> im Nacken-/Schulterbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Existieren Röntgenbilder des Kiefers/der Zähne neueren Datums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch die Einnahme von Medikamenten bzw. durch eine zahnärztliche Anästhesie die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist.

▶ \_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift