

HERZLICH WILLKOMMEN

– Bitte füllen Sie hier Ihre ANMELDUNG aus –



Patient:

.....

Herr / Frau / Kind: Vorname: Vorname: geb.:

.....

PLZ: Ort: Straße:

.....

Telefon / Mobilnummer: E-Mail:

Zahlungspflichtiger:

.....

Name: Vorname: geb.: Adresse:

Krankenkasse:

.....

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

JA	NEIN	Zustand nach Infarkt
JA	NEIN	Herzinsuffizienz
JA	NEIN	Muskelentzündung
JA	NEIN	Verengung der Herzkranzgefäße
JA	NEIN	Rhythmusstörungen
JA	NEIN	Bypassoperation
JA	NEIN	Schrittmacher

Kreislauf

JA	NEIN	niedriger Blutdruck
JA	NEIN	Bluthochdruck
JA	NEIN	Angina pectoris
JA	NEIN	Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

JA	NEIN	Bluter
----	------	--------

Augen

JA	NEIN	Grauer Star
JA	NEIN	Grüner Star

Atmungswege/Lunge

JA	NEIN	Asthma
JA	NEIN	Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

JA	NEIN	Magenerkrankung
JA	NEIN	Darmerkrankung

Blase-Nieren

JA	NEIN	Magenerkrankung
JA	NEIN	Darmerkrankung
JA	NEIN	Dialyse

Leber

JA	NEIN	Gelbsucht
JA	NEIN	Hepatitis

