

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!**

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

**1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein \_\_\_\_\_

c) Herzinfarkt  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch Ggf. Werte \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie?  ja  nein 5. Schnarchen Sie?  ja  nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss Ggf. wievielte Woche \_\_\_\_\_

8. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein Unfalldatum \_\_\_\_\_

Art. d. Verletzung \_\_\_\_\_

9. Sonstige Angaben/ andere Krankheiten \_\_\_\_\_

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? \_\_\_\_\_

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?  ja  nein Wenn ja, welcher Schweregrad? \_\_\_\_\_

12. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

13. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? (Datum / Körperteil) \_\_\_\_\_

14. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r \_\_\_\_\_