

# Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Dagmar Kühne

## Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben. Für eine adäquate und risikominimierte Behandlung sind vor allem medizinische Informationen für uns sehr wichtig.

Wenn Sie Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. dienstl.	<input type="text"/>
Tel. mobil	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>

### Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>		

### Wie sind Sie versichert?

gesetzlich

Zahnzusatzversicherung?

privat versichert bei:   Basis-Tarif  Beihilfe

### Beanspruchen Sie einen Pflegegrad?

nein  ja  befristet bis:   unbefristet

### Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII?

nein  ja, bitte legen Sie den Nachweis vor

Bitte füllen Sie auch die Rückseite wahrheitsgemäß aus.

## Gesundheitsfragen

Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit wann?	<input type="text"/>
Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	Bitte Herzpass vorlegen.	
Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	Typ?	<input type="text"/>
			wenn ja, Langzeitzuckerwert (HbA <sub>1c</sub> ):	<input type="text"/>
Rheuma?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Autoimmunerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Nervenerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Infektionskrankheiten? (HIV, Tbc,...)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Allergien/Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	welche?	<input type="text"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	ca. <input type="text"/> Zigaretten pro Tag	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	im <input type="text"/> Monat	

Bekommen/bekamen Sie Medikamente...

... zur Behandlung von Osteoporose oder Knochenmetastasen? (sog. Bisphosphonate)

nein  ja Präparat:

... zur Blutverdünnung?

nein  ja Präparat:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

**Legen Sie uns bitte einen aktuellen Medikamentenplan vor!**

Ich habe die ausgelegten Informationen zum Datenschutz gelesen und stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den beschriebenen Zweck durch die Praxis zu.

Mügel, den

Unterschrift