

PATIENT: Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Ort

Tel. mobil E-Mail

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name Vorname Geburtsdatum

KRANKENKASSE:

- | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung: | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung |
| <input type="checkbox"/> private Versicherung: | <input type="checkbox"/> Vollversicherung | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> beihilferechtigt |

BERUF:

Arbeitgeber Tel. geschäftlich (für Notfälle)

Um mögliche Risiken für Ihre Gesundheit zu vermeiden, bitten wir Sie folgende Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

NEIN	JA	Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie eine Herzoperation (z.B. Bypass/Herzklappe)?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Endo-Prothese (z.B. Künstliches Hüftgelenk)?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige Kopf- oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Penicillinunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind sonstige Erkrankungen oder Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese früher eingenommen? Welche?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Haben oder hatten Sie Kiefergelenksprobleme (Schmerzen, Knacken)?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Rückgang des Zahnfleisches festgestellt?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Haben Sie lockere Zähne?	<input type="checkbox"/>
		Wie bewerten Sie Ihre Zahngesundheit auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (schlecht):	

Bitte beachten Sie, dass bei einer Behandlung mit örtlichen Betäubungsmitteln Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Offenbach, den Unterschrift des Patienten