



Patient: Zuname, Vorname, Geburtsdatum | Tel. privat: | geschäftlich:
 Mobil: | E-Mail:

Familienversichert mit

Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

Beruf | Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name der Krankenkasse

Überweisung von: Name des Arztes

Zahnarzt prakt. Arzt Facharzt für

Weitere behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

Wir bitten Sie, folgende Fragen vollständig zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung.

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? _____
2. Haben Sie Schmerzen? _____ ja nein
 Wo? _____
 Seit wann? _____ Wie stark? leicht mittel stark
3. Letzte Röntgenaufnahme im Kieferbereich? Datum:
4. Sind Sie schwanger? ja weiß ich nicht nein
5. Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? ja nein
6. Neigen Sie zu Nachblutungen? ja nein
 Sind Sie Bluter (Hämophilie)? ja nein
 Nehmen Sie Antikoagulantien („Blutverdünnung“)? ja nein
7. Reagieren Sie allergisch (überempfindlich) auf bestimmte Stoffe (z.B. Penicillin)? ja weiß ich nicht nein
 Welche Stoffe? _____
8. Litten oder leiden Sie an folgenden Erkrankungen:
 - a) Neurologische Erkrankungen, Krampfanfälle, M. Parkinson? ja weiß ich nicht nein
 - b) Kropf, Basedow'sche Krankheit? ja weiß ich nicht nein
 - c) Herzerkrankungen? Welche? _____ ja weiß ich nicht nein
 - d) Herzinfarkt? Wann? _____ ja weiß ich nicht nein
 - e) Hoher Blutdruck? ja weiß ich nicht nein
 - f) Niedriger Blutdruck (Ohnmachtsneigung)? ja weiß ich nicht nein
 - g) Lungenerkrankungen, z.B. Asthma, Tuberkulose? ja weiß ich nicht nein
 - h) Magen-Darm-Geschwür, -Entzündung? ja weiß ich nicht nein
 - i) Infektionskrankheiten, Hepatitis, HIV, MRSA? ja weiß ich nicht nein
 - k) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? ja weiß ich nicht nein
 - l) Nieren-Erkrankung? ja weiß ich nicht nein
9. Hatten oder haben Sie andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Krankenhausbehandlungen? ja weiß ich nicht nein
 Welche? _____
10. Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
 Welche _____

Ich versichere, dass die Angaben vollständig sind. Änderungen während der Behandlung werde ich mitteilen.

Offenburg, den _____

(Unterschrift)