



<b>Patient:</b> 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)