

**Fragen zur Gesundheit**

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patient	Name	Vorname	Geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	PLZ	Ort	email
Beruf	Tel.	Mobil	
		Arbeitgeber	

**Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung     Telefonbuch     Praxisschild     Internet     Anzeige  
von:

**Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden?**     ja     nein  
Name der Praxis:

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?**     ja     nein    Wenn ja, welche?

**Wie heißt Ihr Hausarzt?**

**Leiden Sie unter Allergien?**

Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Amalgam	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Metall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige		

**Bitte wenden**



## Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Herzfehler, angeborene/erworbene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzklappenfehler/Ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher/Bypass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

### Nur für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

### Wichtige Hinweise

1. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
2. Teilen Sie uns bitte immer eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.
3. Hiermit möchten wir Sie darüber aufklären, dass es im Zuge einer Betäubung im Unterkiefer immer auch zu einer irreversiblen Schädigung des Nerven kommen kann, wodurch das taube Gefühl permanent anhält.

### Für Privatpatienten

**Wir möchten unsere privat versicherten Patienten darüber aufklären, dass wir im zulässigen Gebührenrahmen der GOZ zwischen dem 1- bis 3,5fachen Satz abrechnen. Dadurch kann es dazu kommen, dass Sie z. B. im Standard- oder Basistarif nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet bekommen.**

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit**

Datum

Unterschrift d. Patienten

