

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Fragen zu beantworten. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.

Name, Vorname : Geburtsdatum:

ggf. Versicherter: Geburtsdatum:

Anschrift: Tel.:

Beruf/Arbeitgeber: Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse: Beihilfe/Zusatzversicherung **ja** **nein**

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonst. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Wenn ja, welche **Medikamente**?

Wenn ja, welche **Allergien**?

Covid-19: Bitte eintragen Monat/Jahr.

Ich bin genesen: Ich bin vollständig geimpft: Nein:

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? Nein 1 2 3 4

Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden? **ja** **nein**

Dürfen wir Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?

Wie soll die Erinnerung vorrangig erfolgen? Anruf Brief SMS E-Mail

Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr für einen Zeitraum von 2-3 Stunden beeinträchtigen können.

Datum

Unterschrift