



|              |                                       |                              |
|--------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Vorname      | Name                                  | Geburtsdatum                 |
| Krankenkasse | versicherte Person (falls abweichend) | Geburtsdatum d. vers. Person |
| Anschrift    | Telefon privat*                       | Telefon mobil*               |
| Hausarzt*    | Beruf / Arbeitgeber*                  | E-Mail*                      |

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor der Behandlung benötigen wir einige wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand, da z.B. Vorerkrankungen Auswirkungen auf unsere zahnärztliche Behandlung haben können. Alle Angaben unterliegen freilich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

### Herz- Kreislauferkrankungen

|   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Hoher Blutdruck                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedriger Blutdruck                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenfehler                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenersatz                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzoperation                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Herzerkrankungen                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Infektiöse Erkrankungen

|   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| HIV-Infektion / AIDS                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankungen / Hepatitis             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Weitere Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten

|                            |                          |                            |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhesie / Spritzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Antibiotika                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Metalle                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Latex                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstiges _____            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergiepass vorhanden     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Sonstige Gesundheitsfragen

|   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Alkoholabhängigkeit                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma / Lungenerkrankungen             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes / Zuckerkrankheit              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Drogenabhängigkeit                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grüner Star                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nervenerkrankungen                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankungen / Dialyse            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Organtransplantation                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Raucher? ___ Zigaretten/Tag             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma / Arthritis                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tumorerkrankung                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft?           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ___ Monat                               |                          |                            |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? seit ___     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Chemo-/Strahlentherapie? seit _____     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie Immunsuppressiva? seit _____ | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Frühere Parodontitis-Behandlungen?      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder derzeit ein?

Letzte Röntgenaufnahme der Zähne? Jahr: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie über unser Recall-System an Ihre nächste halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnern?  ja  nein

Dürfen wir Ihnen eine Terminbenachrichtigung per E-Mail schicken und/oder Sie an Termine erinnern?  ja  nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, alle Änderungen umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Friedrichshafen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe