



.....
Name, Vorname, Geb.-Datum

.....
Adresse, Telefon

.....
Familienversicherter: Namen, Vorname, Geb.-Datum

.....
Krankenkasse / Arbeitgeber und Arbeitgeber-Telefon

.....
Hausarzt / Hauszahnarzt

Wichtige Informationen

Krankheiten und Medikamente aller Art können negative Auswirkungen auf die Behandlung haben. Die unteren Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem individuellen Gesundheitszustand anzupassen. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

...wenn ja, was oder welche?

Haben Sie Probleme mit Ihren Blutdruckwerten?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Herzerkrankungen/Herzinfarkt/ Herzoperationen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Asthma/ Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Lebererkrankungen/ Hepatitis A, B,C?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Infektionskrankheiten/ Tbc/ HIV?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Nierenerkrankungen, Dialyse?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Rheumatische Beschwerden, Knochenleiden?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Nervenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Anfallsleiden/ Epilepsie/ Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Frühere Operationen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Tumorleiden/Krebs?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B.: ASS, Aspirin, Tiklyd, Marcumar)?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Haben Sie Allergien bzw. Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?			.....
Besteht evtl. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Befinden Sie sich z.Zt. in ärztl. Behandlung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	.....
Leiden Sie evtl. unter anderen Erkrankungen?			.....
Wie viel Zigaretten rauchen Sie?			.....
Wie viel Alkohol trinken Sie?			.....

(bitte nutzen Sie auch die Rückseite, falls der Platz hier nicht ausreicht)

Um auf Ihre Wünsche besser eingehen und Sie noch individueller und persönlicher beraten zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Was erwarten Sie von uns?

Worauf legen Sie besonders großen Wert?

Was erwarten Sie von der Behandlung?

Welche Gefühle haben Sie hinsichtlich der Behandlung?

Welches Ziel wollen wir zusammen erreichen?

In welchen Medien haben Sie uns schon mal gesehen und durch welche Personen wurden Sie auf uns aufmerksam?
(z.B. Internet, Zeitungsanzeigen, Anzeigen, Schild, Aushang beim Zahnarzt, Telefonbuch (Gelbe Seiten,...), Verwandte, Freunde, Zahnarzt, Arzt, sonstige)

(bitte nutzen Sie auch die Rückseite, falls der Platz hier nicht ausreicht)

Peine,

Unterschrift: