

Patient: Name / Vorname _____ Geb.Datum: _____

Adresse Patient: _____

Mitglied: Name / Vorname _____ Geb.Datum: _____

Adresse(falls abweichend von Patient!): _____

Krankenkasse: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail: _____ Handy-Nr. _____

Tel.privat: _____ Fax: _____ Tel.geschäft: _____

Pflichtangaben/ Allgemeinmedizinische Fragen:

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Herz: | | | 5. Lunge: | | |
| Koronare Herzkrankheiten (Angina pectoris) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma/ chronische Bronchitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Stoffwechsel: | | |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Benötigen Sie eine Endokartitisprophylaxe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Leberkrankheit/Hepatitis/Gelbsucht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Blut: | | | Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutarmut (Anämie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erbrechen Sie häufig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Allergien: | | |
| 3. Kreislauf: | | | Heuschnupfen/Ekzeme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erhöhter Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Medikamenten-Allergie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zu niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Penicillin-Allergie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fallen Sie leicht in Ohnmacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Haben Sie einen Allergiepaß? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Nervensystem: | | | Reaktion auf Anästhetikum/Spritze? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie irgendwann epileptische Anfälle? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige? _____ | | |
| Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Sind Sie HIV (Aids) positiv? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstige: _____ | | | 9. Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | wenn ja, welcher Monat? _____ | | |

● **Sonstige Erkrankungen:** _____

● **Behandelnder Hausarzt:** _____ **Adresse:** _____

● **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?** Ja Nein
falls ja, welche? _____

● **Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne/Kiefer? ca.** _____

Bitte ankreuzen	Ja	Nein
Ich entbinde die GMP Dr. U. Schubert & ZA O. Zweigardt von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen, soweit zum Informationsbedarf eine Datenübermittlung im Sinne des §3 des Bundesdatenschutzgesetzes nötig sein sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Lauingen, den _____

(Datum, Unterschrift)