



Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten _____

Geburtsdatum des Patienten _____

Name des Versicherten _____

Geburtsdatum des Versicherten _____

Anschrift des Versicherten _____

Telefonnummer _____

Beruf, Arbeitgeber _____

Überweisender Arzt _____

Name des Zahnarztes _____

Name der Krankenversicherung _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen!	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche? _____		
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina pectoris, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche? _____		
Apoplex, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AIDS, HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen-Nieren-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

Treffen folgende Dinge zu?

Bitte ankreuzen!	ja	nein		ja	nein
Schwangerschaft, Woche: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche? _____		
Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

Hinweis: Die Injektion örtlicher Betäubungsmittel beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit. Wir empfehlen, innerhalb von 24 Stunden nach Lokalanästhesie keine Fahrzeuge oder Maschinen zu steuern.

Ja, ich möchte den monatlichen Newsletter mit Wissenswertem zur Zahngesundheit und aus der Zahnmedizin an folgende E-Mail-Adresse erhalten: _____

Ein Widerruf ist jederzeit per E-Mail an info@oralchirurgie-bruchsal.de möglich.

Ort, Datum _____ X _____
 Unterschrift