

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!**

**1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

a)	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Asthma			Bluterkrankungen		Schilddrüsenerkrankungen	
Diabetes			Blutgerinnungsstörungen		Nierenfunktionsstörungen	
Rheuma			Krankenhauskeim MRSA		Creutzfeldt-Jakob	
Osteoporose			Leberkrankheiten		Tumor/Karzinom/Krebs	
TBC			Hepatitis A/B/C		Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	
HIV-Infektion			Epilepsie			
Ihr Hausarzt:						

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien?	ja	nein	wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergie-Pass?	ja	nein	

c) Herzinfarkt	ja	nein
Nehmen Sie Marcumar?	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Lähmungen	ja	nein

d) Blutdruck	niedrig	
	normal	
	hoch	ggf. Werte

<b>2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?</b>	ja	nein
---	----	------

<b>3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>	ja	nein	ggf. welche?
--	----	------	--------------

<b>4. Rauchen Sie?</b>	ja	nein
------------------------	----	------

<b>5. Bestehen Suchtkrankheiten?</b>	ja	nein	ggf. welche?
--------------------------------------	----	------	--------------

<b>6. Besteht eine Schwangerschaft?</b>	ja	nein	ungewiss	ggf. wievielte Woche
---	----	------	----------	----------------------

<b>7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?</b>	ja	nein	Unfalldatum
			Art. d. Verletzung

<b>8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten</b>		
---	--	--

<b>9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?</b>	ja	nein
---	----	------

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

<b>10. Haben Sie einen Röntgenpass?</b>	ja	nein
Wünschen Sie einen Röntgenpass?	ja	nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)		

<b>11. Haben Sie ein Bonusheft?</b>	ja	nein
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?		

**Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.**

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r