

Sehr geehrte/r Patient/in

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen bzw. anvertraut haben und heißen Sie in unserer Praxis für moderne Zahnmedizin herzlich willkommen.

Einige Allgemeinerkrankungen und Medikamente haben Auswirkungen für die zahnärztliche Behandlung. Bitte beantworten Sie die folgenden Seiten gewissenhaft und teilen uns Änderungen umgehend mit. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient:

Name, Vorname _____ geb.: _____

Versichert über:

Name, Vorname _____ geb.: _____

Anschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Mobil _____

E-Mail _____

Versicherung/ Zusatzversicherung (entsprechendes bitte ankreuzen):

Gesetzlich Freiwillig Gesetzlich Privat Privat (Basistarif)

Beihilfe Zusatzversicherung

Recall (Erinnerung an die halbjährlichen Vorsorgetermine):

● Ich wünsche eine Erinnerung an die Vorsorgetermine: Ja (Brief/ E-Mail/SMS) Nein

Wuppertal, der _____ Unterschrift: _____

Zahnärztliche Anamnese:

● Ihr Hauptanliegen ist: _____

● Haben/ Hatten Sie Schmerzen im Bereich der/des:

Zähne Zahnfleisch Kiefergelenke Kiefer-/Nackmuskulatur

● Wünschen Sie eine Beratung über:

Zahnerhaltung Zahnersatz Implantate CMD- Therapie

Allgemeinmedizinische Anamnese:

● Wer ist Ihr Hausarzt (Name/Tel./ Anschrift) _____

● Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? _____

● Bestehen Allergien? Wenn ja, welche? _____

● Bestehen/Bestanden Tumore? _____

● Leiden/ Litten Sie an ansteckenden Krank. _____

● Sind Sie schwanger: ja nein

Leiden oder Litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organe:

1. Herz:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Zustand nach Infarkt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Herzinsuffizienz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Herzmuskelentzündung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Herzkranzgefäße | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Rhythmusstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Bypass | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● künstliche Herzklappen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Herzschrittmacher | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

2. Kreislauf:

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● niedriger Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● hoher Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Angina pectoris | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Durchblutungsstör. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Schlaganfall | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | | |

3. Erkrankungen des Blutes:

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Blutarmut | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Bluter/ Hämophilie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Gerinnungsstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Blutverdünner | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

4. Augen:

- | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Grauer Star | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Grüner Star | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|

5. Atmungswege/ Lunge:

- | | | | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Asthma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● COPD | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------------|

6. Magen-Darm-Trakt:

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Magenenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Darmerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|

7. Blasen-Nieren:

- | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Blasenenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Nierenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Dialyse | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | | |

8. Leber:

- | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Gelbsucht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Hepatitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|

9. Bewegungsapparat:

- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Rheuma/ Arthritis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Osteoporose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|

10. Nervensystem:

- | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Epilepsie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Multiple Sklerose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Spastiken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Parkinson | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

11. Stoffwechsel:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ● Schilddrüsenunterfunktion | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ● Diabetes | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ● Schilddrüsenüberfunktion | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | | |

Wuppertal, den _____

Unterschrift: _____