

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Sie unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlungen ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind ihre persönlichen Angaben gesetzlich vorgeschrieben oder dienen dazu, Doppeluntersuchungen zu vermeiden (wie z.B. Röntgen etc.).

Persönliche Daten / Patient

Vorname / Name _____

Straße / Hausnr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
(für die Röntgenverordnung anzugeben)

Telefon _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung (ungefähres Datum):

Stehen Sie zur Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

Haben Sie einen Hausarzt?
Name _____ Ort _____

Wurde bei ihnen in den letzten Monaten eine Röntgenuntersuchung
oder Röntgenbestrahlung durchgeführt? Ja Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte wenden

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen:

Unregelmäßigen Herzschlag Ja Nein
Herzschwäche
Herzkranzgefäßverengung
Herzinfarkt
Herzschrittmacher

Nieren
Leber
Kieferhöhle

Diabetes (Zuckerkrankheit)
Schilddrüsenerkrankung

Epileptische Anfälle
Krämpfe

Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Ohnmachtsanfälle

Magen-Darm-Erkrankungen

Blutungsneigung
Gerinnungsstörungen
Nehmen Sie Blutverdünner?
Leukämie

Sonstige Krankheiten: _____

Haben Sie Infektionen?

Hepatitis A B C
Tuberkulose

HIV (Sollten Sie HIV positiv sein oder an Aids erkrankt sein, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an den Zahnarzt)

Haben Sie

Arthritis Ja Nein
Asthma
Endoprothesen
Organtransplantate
Osteoporose
Nehmen Sie Bisphosphonate?
Kopfschmerzen
Sonstiges: _____

Haben Sie Allergien?

Penicillin
Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Schnarchen Sie?

Rauchen Sie?

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Woche? _____
Wegen der Strahlenschutzvorschriften bitten wir um Mitteilung, sobald eine Schwangerschaft eintritt.

Fragen und Anmerkungen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderung meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift

Dres. Mangold Zahnärzte

Kirchplatz 1 · 42103 Wuppertal · ☎ 0202 / 44 92 03 · 📠 0202 / 45 65 65 · ✉ kontakt@zahnarzt-mangold.de · www.zahnarzt-mangold.de