

# Herzlich Willkommen bei den Zahnärzten an der Elisabethkirche

Bevor wir zusammen Ihre zahnärztliche Behandlung beginnen, benötigen wir einige Angaben über Sie und Ihren Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher diese Formulare auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches:

### Patient/in:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum / Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherte/r:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Anschrift:

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

### Kontakt:

Email: \_\_\_\_\_ Telefon (privat): \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber:

Firma, Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung:

- gesetzliche Krankenkasse (GKV)
- private Krankenkasse (PKV)
- Zahnzusatzversicherung
- beihilfeberechtigt
- Studenten- /Basistarif

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?  Ja  Nein

## Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer, Ort: \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation: Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Bei nicht rechtzeitig erfolgter Absage behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen, wenn der Termin nicht neu vergeben werden kann. Wir bitten um Ihr Verständnis.

## Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.



## Anamnese (Krankenvorgeschichte):

**Anfallsleiden (Epilepsie)**  Nein  Ja

**Glaukom/grüner Star**  Nein  Ja

**Nierenerkrankungen**  Nein  Ja

**Lebererkrankung**  Nein  Ja

**Zustand nach Organ- oder Gelenktransplantation**  Nein  Ja

**Atemwegserkrankungen**  Nein  Ja

**Osteoporose**  Nein  Ja

**Rheuma (-erkrankungen)**  Nein  Ja

, welche \_\_\_\_\_

**Allergie**  Nein  Ja

, welche \_\_\_\_\_

**Diabetes**  Nein  Ja

Typ I  Typ II Hb1Ac \_\_\_\_%

**Blutdruck**  Nein  Ja

Hoch  Niedrig

**Tumorerkrankungen**  Nein  Ja

, welche \_\_\_\_\_

**Nerven-/Gemütskrankung**  Nein  Ja

, welche \_\_\_\_\_

**Strahlen-/Chemotherapie**  Nein  Ja

, seit \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie oder nahmen sie jemals Bisphosphonate ein?**  Nein  Ja

(z.B. Didronel-Kit, Ostac, Bonfos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa) als Spritze/ Infusion/Tablette

, welches \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gerinnungs-hemmende Medikamente ein?**  Nein  Ja

(z. B. Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Ticlopidin, Aggrenox, Plavix/Clopidogrel, Efient)

, welches \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie jemals folgende Krankheiten?

**Nehmen Sie andere**  Nein  Ja

**Medikamente ein?**

,welche(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**  Nein  Ja

Schlaganfall  Herzrhythmusstörungen

Herzinfarkt  Durchblutungsstörungen

Herzfehler  Angina Pectoris

Herzklappenfehler /-ersatz

**Infektionskrankheiten**  Nein  Ja

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C

Tuberkulose  Immunmangel- Syndrom (AIDS)

andere: \_\_\_\_\_

**Blutgerinnungsstörungen**  Nein  Ja

**Nierenerkrankungen**  Nein  Ja

**Sonstige Erkrankungen?**  Nein  Ja

,welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Nein  Ja

, wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

**Sind sie schwanger?**  Nein  Ja

, welche SSW \_\_\_\_\_

**Haben Sie noch Anmerkungen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen, die meinen Gesundheitszustand betreffen, werde ich Sie selbstständig und unaufgefordert informieren.

Bonn, den \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigte)