



ZAHNÄRZTE JACOBY

PRAXIS VILLA LUTHERSTRASSE

Liebe Patienten,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen eine qualitätsorientierte und verantwortungsbewusste Behandlung anbieten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen in Ruhe zu beantworten. Sollten Sie bei einer Frage unsicher sein, wenden Sie sich bitte an unser medizinisches Personal. Bitte informieren Sie uns auch zukünftig über bedeutende Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. der bestehenden Medikation. Selbstverständlich werden diese Angaben vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

Name, Vorname : _____ , _____

Geburtsname, Geburtsort _____ , _____

Falls vorhanden - E-Mail: _____

[Die Angabe Ihrer Emailadresse ist selbstverständlich freiwillig. Sie erleichtert uns die Kontaktaufnahme falls eine Terminänderung notwendig ist und wir Sie telefonisch nicht erreichen können.]

Telefonnummer unter der wir Sie tagsüber erreichen können: _____

Wann befanden Sie sich zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Sind Sie in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung, wenn ja bei welchem Kollegen? _____

Gibt es bestehende Allergien? Bitte legen Sie, wenn vorhanden, ihren Allergieausweis bei.

Ja: _____ Nein []

Rauchen Sie regelmäßig?

Nein [] weniger als 5 Zig./Tag [] mehr als 5 Zigaretten / Tag []

Führen Sie einen Herzpass oder ähnliche medizinische Dokumente

[z.B. für einen Stent oder Bisphosphonate]? Ja [] Nein []

Besteht aus Ihrer Sicht zahnärztlicher Behandlungsbedarf? Ja [] Nein []

Falls ja – welcher Art sind die Beschwerden / haben Sie Schmerzen? : _____

Bitte wenden



Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen
 [*Bitte Zutreffendes unterstreichen oder handschriftlich einfügen*]:

JA	NEIN
----	------

Herz-Kreislaufkrankungen [Angina pectoris, künstliche Herzklappen, Bluthochdruck etc.]

--	--

Blut- und Gefäßkrankungen [Blutzellveränderungen, Thrombosen, Venenentzündungen]

--	--

Blutgerinnungsstörung [angeboren: Hämophilie oder medikamentös: ASS, Falithrom o.ä.]

--	--

Erkrankungen der Atmungsorgane [Asthma bronchiale, COPD etc.]

--	--

Stoffwechselstörungen [Diabetes, Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankungen]

--	--

Erkrankungen der Nieren [Dialysepflichtig: Ja [] / Nein []]

--	--

Lebererkrankungen [Hepatitis, Zirrhose etc.]

--	--

Tumorerkrankungen [gutartige oder bösartige Krebserkrankungen]

--	--

Neurologische Erkrankungen [Epilepsie, Parkinson , Schlaganfall, TIA etc.]

--	--

Erkrankungen des Skelettsystems [Osteoporose ggf. Bisphosphonattherapie]

--	--

Infektionserkrankungen [Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.]

--	--

Seelische Erkrankungen [Depression, Angstzustände etc.]

--	--

Wurden operative Eingriffe durchgeführt? Und zwar: _____

--	--

Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

--	--

Nehmen Sie regelmäßig oder während der letzten Tage Medikamente ein?

--	--

Wenn ja, bitte eintragen: _____

[Bitte legen Sie, wenn vorhanden, Ihren Medikamentenplan bei.]

Coswig, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzl. Vertreter)

Aktualisiert am _____

Aktualisiert am _____