

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:** ..... geb. am: .....

**Versicherter:** ..... geb. am: .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** ..... **Telefon mobil:** .....

**Krankenkasse:** ..... **gesetzlich versichert?**  **privat versichert?**

**Hausarzt:** ..... **Telefon:** ..... **Ort:** .....

**Zusatzversicherung:**  ja  nein wenn ja, welche.....

**Haben Sie eine Pflegestufe:**  ja  nein wenn ja, welche.....

### Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein
- Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen  ja  nein
- Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
ggf. welche? .....
- Blutdruck (ggf. Werte)  zu niedrig  normal  zu hoch
- Zuckerkrankheit  ja  nein  
ggf. letzter Zuckerwert? .....
- Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen  ja  nein  
ggf.wann?.....
- Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis  ja  nein  
ggf. wann? .....
- Rheuma  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Bluterkrankungen  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- HIV-Infektionen  ja  nein
- Rauchen  ja  nein
- TBC  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein
- Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?  ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Std. beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.**

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein  
ggf. welche? .....

Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Sonstige Angaben/Erkrankung, die nach Meinung des Patienten von Bedeutung sind: .....

**Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail und des Recallservices per SMS und/oder E-Mail**

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern.

Sind Sie mit der Terminerinnerung und dem Erhalt eines Recalls einverstanden?  ja  nein

**Hinweise zur Organisation:**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie mindestens 24 Stunden vorher ab.

.....  
Buxtehude, den

.....  
Unterschrift