



Ilona Slama

Ihre Zahnärztin in Kohlscheid

Patientenname: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Hoher / niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> |

Allergien / Unverträglichkeiten:

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> |
| Penicillin | <input type="checkbox"/> |
| Latex (z.B. Einmalhandschuhe) | <input type="checkbox"/> |
| andere: | <input type="checkbox"/> |

Weitere Erkrankungen:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> |

Infektionserkrankungen:

| | |
|---------------------|--------------------------|
| HIV | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> |
| andere: | <input type="checkbox"/> |

Augenerkrankungen:

Wenn ja, welche:

Immunschwäche:

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Zustand n. Transplantation | <input type="checkbox"/> |
| Einnahme von Cortison | <input type="checkbox"/> |

Regelm. Medikamente?

Wenn ja, welche:

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Blutverdünner z.B. ASS 100, Marcumar | <input type="checkbox"/> |
| Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> |
| Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Rauchen Sie?

Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche?

Stillen Sie?

Drogenkonsum?

Alkoholgenuss?

Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welcher Pflegegrad?

Name, Anschrift Hausarzt: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Herzogenrath, _____



Ilona Slama

Ihre Zahnärztin in Kohlscheid

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Herzlich willkommen in meiner Praxis. Bevor wir auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, die nachfolgenden Seiten gewissenhaft auszufüllen.

| | |
|------------------------------------|---|
| Nachname und Vorname (Patient) | Geburtsdatum, Geschlecht |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |
| Telefon privat/tagsüber | E-Mail |
| Arbeitgeber | Beruf |
| Name der Versicherung/Krankenkasse | Ich habe eine Zusatzversicherung, wenn ja, bei folgendem Unternehmen: |
| Hausarzt: | |

Sind Patienten und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

| | |
|--|-----------------------|
| Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Wohnort |
| Ich wünsche einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Untersuchungen per Postkarte. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Wir sind eine reine Bestellpraxis und reservieren für Ihre zahnmedizinische Behandlung in unserer Praxis spezielle Zeiten, damit wir uns in diesem Zeitrahmen nur um Sie kümmern können. Dadurch sind die geplanten Termine bei Nichteinhaltung schnellstmöglich, mindestens aber 24 Stunden vor dem geplanten Termin abzusagen.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Art. 6 Abs. 1b EU-DSGVO) sind in der Praxis einsehbar.

Datum, Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger