

## **A N M E L D U N G für Patienten ab 18 Jahren**

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien.

.....  
**Patient:** Name Vorname Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

.....  
Beruf Arbeitgeber

.....  
Krankenkasse

**Sehr geehrter Patient, verehrte Patientin!**  
**Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben:**

### **G E S U N D H E I T S B O G E N**

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Personalien werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber der strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sind Sie an unserem Erinnerungsdienst interessiert?     nein     1/2 jährl.     jährlich

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?     Ja     Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?     Ja     Nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?     Ja     Nein

Ist Ihnen die Ursache bekannt?     Ja     Nein

Wenn ja welche : \_\_\_\_\_

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht auf eine **Allergie**?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen **Allergiepaß**?     Ja     Nein

**bitte füllen Sie auch Seite 2 aus!**

## GESUNDHEITSBOGEN

**Patient:**

Name

Vorname

### Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen

Blutdruck?  zu hoch  zu niedrig  normal

Haben oder hatten Sie **irgendwelche Herzprobleme?**  Ja  Nein

Z. Bsp.: Herzschrittmacher, Herzinfarkt, Herzklappenersatz oder

sonstige Herzerkrankungen, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente?**

(Marcumar, ASS, Clopitogrel, Prasugrel, Efient, Xarelto)  Ja  Nein

Asthma, Atemnot?  Ja  Nein

Epileptische Anfälle?  Ja  Nein

Lebererkrankungen, Gelbsucht, Hepatitis?  Ja  Nein

Tuberkulose?  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Diabetes?  Ja  Nein

HIV-Infektion oder Aids?  Ja  Nein

**Sonstige Erkrankungen?**  Ja  Nein

**Wenn ja welche:** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig **Medikamente** ein?  Ja  Nein

**Wenn ja welche:** \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr **Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Für Patientinnen:** Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Voraussichtlicher Entbindungstermin? \_\_\_\_\_

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Medikamente und Betäubungsspritzen können Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Datum,

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben

Dr. med.dent. Alexander Oberle MSc, Dreikönigweg 2, 77728 Oppenau

[www.Zahnarzt-Oberle.de](http://www.Zahnarzt-Oberle.de)