

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Patient:** AA Beispiel Peter

Geb.Datum: 03.09.1950

Tel. \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie zu erreichen?

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen? Kreisen Sie bitte "ja" oder "nein" ein**

( ja ) ( nein ) Herzerkrankungen (Infarkt, Rhythmusstörungen, künstl. Herzklappen, Schrittmacher)

( ja ) ( nein ) Bluthochdruck

( ja ) ( nein ) Schlaganfall

( ja ) ( nein ) Blutgerinnungsstörungen (blutverdünnende Medikamente, ASS, Marcumar)

( ja ) ( nein ) Lungenerkrankungen (chronische Bronchitis, Asthma)

( ja ) ( nein ) Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis)

( ja ) ( nein ) infektiöse Erkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, Aids)

( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit, wenn ja wie hoch ist der aktuelle HbA1c-Wert? \_\_\_\_\_

( ja ) ( nein ) Anfallsleiden / Epilepsie

( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

( ja ) ( nein ) sonstige Erkrankungen? (Nieren, Schilddrüse, Operationen)

( ja ) ( nein ) Augenerkrankungen (grüner Star, Glaukom)

( ja ) ( nein ) Hatten Sie je auffällige Reaktionen auf örtl. Betäubung oder Narkose?

( ja ) ( nein ) Creutzfeld-Jacob-Krankheit

( ja ) ( nein ) Bisphosphonate (Osteoporose-Therapie, Tumorerkrankung)

( ja ) ( nein ) Besteht eine Schwangerschaft?

( ja ) ( nein ) Sind oder waren Sie drogenabhängig oder alkoholabhängig?

( ja ) ( nein ) Ich rauche Zigaretten, wenn ja                      O < 10 Zig/Tag                      O >= 10 Zig/Tag

( ja ) ( nein ) Ich rauche Wasserpfeife/E-Zigarette, wenn ja                      O 1 x wöch.                      O mehrmals wöch.

( ja ) ( nein ) Allergien (Medikamente, Pflaster), wenn ja, wogegen?

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?  siehe Medikamentenliste

( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Zusatzversicherung?

( ja ) ( nein ) Haben Sie einen Pflegegrad?

---

**Einverständniserklärung Terminerinnerung per SMS**

ja  nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS von der Zahnarztpraxis Dr. Endres erhalte, Ich bin darüber informiert worden, dass eine Erinnerung mittels SMS nicht verschlüsselt erfolgt und ich diese jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem Zahnarzt bzw. der Praxis widerrufen kann. Es entstehen keine Kosten für den Patienten!

Handynummer \_\_\_\_\_

Homburg 04.09.2023

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl . Vertreter

---

Homburg, den ..... Unterschrift .....