

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen die bestmögliche und eine risikoarme Behandlung anbieten zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie daher dieses Formular sorgfältig aus. Herzlichen Dank.

1. Angaben zu Ihrer Person:

Name (Patient)		Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
Telefonnummer privat/ mobil		geschäftlich		E-Mail	
Krankenkasse: _____			Hauptversicherter: _____		
Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Falls Pflegestufe vorhanden: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>					

2. Behandelnde Ärzte

Mit einer Weiterleitung meiner **Röntgenbilder** per Email bin ich einverstanden: ja nein
Mit einer Mitteilung meiner **Daten und Befunde** an die genannten Ärzte bin ich einverstanden: ja nein

Überweisender Arzt:

Hausarzt:

Name

Name

Anschrift und Telefonnr.

Anschrift und Telefonnr.

3. Welche Gründe/Beschwerden führen Sie zu uns?

Seit wann? _____

Letzte Röntgenaufnahme im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? _____

→ → → Bitte füllen Sie unbedingt auch die Rückseite aus! → → →

4. Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Neigen Sie zu Nachblutungen, bekommen Sie leicht Blutergüsse oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix) ?
Leiden Sie an einer Erkrankung des blutbildenden Systems, z. B. Leukämie? ja nein
2. Sind bei Ihnen Allergien bekannt, zum Beispiel auf Penicillin? ja nein
Wenn ja, welche? _____
3. Haben Sie einen Endokarditis-Pass (Herz-Pass), wurden Ihnen künstliche Herzklappen eingesetzt oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
4. Sind Sie herzkrank oder haben Sie bereits einen Herzinfarkt erlitten? Wann? _____ ja nein
5. Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (z.B. Zometa, Alendron, Fosamax)?
Bekommen sie regelmäßig alle 4 Wochen Infusionen oder leiden Sie an Osteoporose, Brustkrebs, an Plasmozytom oder Prostatakrebs? ja nein
6. Ist Ihr Blutdruck normal hoch: _____ niedrig: _____
(Wert) (Wert)
7. Leiden Sie an der Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
8. Leiden Sie an Infektionserkrankungen wie Hepatitis, HIV, Aids? ja nein
Wenn ja, welche? _____
9. Haben oder hatten Sie Tuberkulose oder andere ansteckende Erkrankungen? ja nein
10. Haben Sie Asthma? ja nein
11. Besteht bei Ihnen eine Magen-Darm-Erkrankung? ja nein
12. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Lebererkrankung? _____ ja nein
13. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja nein
14. Leiden Sie an einem erhöhten Augeninnendruck (Grünen Star, Glaukom)? ja nein
15. Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden (Epilepsie) bekannt? ja nein
16. Hatten Sie schon einen Schlaganfall? Wann? _____ ja nein
17. Wurden Sie im Kopfbereich im Rahmen einer Krebserkrankung bestrahlt oder ist eine Bestrahlung geplant? ja nein
18. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Seit wann? _____

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen während der Behandlungen werde ich umgehend mitteilen.

Bitte beachten Sie:

Wir vergeben unsere Termine so, dass in der Regel keine oder geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können.

Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin, wenn Sie ihn nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.

Kirchheim/Teck, den _____ Unterschrift _____