



Patient/In _____
 Geb. Datum _____
 Versicherte/er _____
 Geb. Datum _____
 Straße _____
 PLZ _____
 Wohnort _____
 Telefon _____
 Krankenkasse _____
 Arbeitgeber _____

Jacobsonstraße 49
 38723 Seesen
 www.zahnarzt-lubnow.de

Telefon 05381 2276
 Fax 05381 490297
 info@zahnarzt-lubnow.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vielen Dank für Ihren Besuch in unserer Praxis.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Ja	Nein		Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Haben Sie zu hohen Blutdruck? <input type="checkbox"/> Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese <input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzoperation <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörungen) <input type="checkbox"/> Allergien bzw. Unverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Jod andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, TBC, HIV-positiv) andere _____
			5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Aspirin) ?
			6		Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein? _____ _____
			7		Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? Datum (ungefähr) _____
			8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Für Patientinnen: sind Sie schwanger? _____ _____
				Datum	Unterschrift Patientin/Patient
				Datum	Unterschrift Zahnarzt