



Sehr geehrte(r) Patient(in),

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis begrüßen!

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon (privat)		Telefon (Arbeit)	
Beruf/Arbeitgeber		Krankenkasse	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus, damit wir Ihnen eine optimale Behandlung gewährleisten können. Selbstverständlich unterliegen alle Antworten der ärztlichen Schweigepflicht!

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herz/Kreislauf

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Oder _____

Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis ()A ()B ()C ()andere
- Gallensteine
- Oder _____

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- Oder _____

Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Reflux-Krankheit
- Geschwür
- Oder _____

Atemwege/Lunge

- Chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
- Oder _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- Oder _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit: Diabetes mellitus Typ I
- Zuckerkrankheit: Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Oder _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Oder _____

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen

- Künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- Oder _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** oder **Denosumab** behandelt (Infusion, Tabletten)?
Wegen welcher Erkrankung? _____

Wann? Mit welchem Präparat?
Z. B. Alendron(säure), Bonviva®, Bondronat®, Actonel®, Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron(säure), Aredia®, Aclasta®, Pamidron(säure), Prolia®, XGEVA® _____

Allergien, z. B.

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex
- Metalle
- Zahnärztlich verwendete Kunststoffe
- Oder _____
- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- Oder _____

Andere Erkrankungen

- Tumorerkrankungen, z. B. Brust-, Prostatakrebs
- Oder _____

Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche? _____
- Rauchen Sie?**
Wieviel durchschnittlich pro Tag? _____
Mit dem Rauchen aufgehört? Wann? _____
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
Regelmäßig? Wie viel? _____

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Neuwied, den _____

Unterschrift _____

- Gerinnungshemmende Medikamente**
- Aspirin®/ASS® Brilique®/Ticagrelor
- Marcumar®/Falithrom®/Phenprocoumon
- Plavix®/Iscover®/Clopidogrel Ticlopidin
- Pradaxa® Xarelto® Eliquis®
- oder _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- Oder _____

Ständige ärztliche Behandlung

Weshalb _____

Letzte zahnärztliche Behandlung

Wann _____

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei

- Spritzen
- Medikamenten
- Welche _____

Auffälligkeiten im Mund-/Zahnbereich

- Temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderung der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- Oder _____
- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung
- Zahnfleischbeschwerden
- „Parodontose“-Behandlung durchgeführt
- Wann _____

Weitere wichtige Informationen

- Vollständig geführtes Bonusheft? (mind.5 Jahre)

Wünschen Sie an Ihre Kontrolltermine erinnert zu werden?

- nein** **jährlich** **halbjährlich**