

Zahnarztpraxis Dr. U. Jahn & Dr. C. Meier - Jahn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Gern möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____

Handy: _____

e-Mail: _____

Beruf: _____

Pflegegrad: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Empfohlen durch: _____

Hausarzt: _____

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

ja **nein**

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?

Haben Sie Allergien, ggf. einen Allergiepass?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Asthma?

Haben Sie Anfallsleiden (Epilepsie)?

Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Wenn ja, welchen HbA-1c Wert? _____

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

Nehmen Sie eines der folgend aufgeführten blutverdünnenden Medikamente?

ASS (Aspirin), Xarelto, Falithrom, Xarelto, Eliquis oder andere?

Haben oder hatten Sie eine Herz-, Kreislaufkrankung?

Wenn ja, welche? _____

Befindet sich Ihr Blutdruck im normalen Bereich?

Hatten Sie einen Schlaganfall (Apoplex)?

Ist Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems bekannt?

Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung oder Hepatitis (Gelbsucht)?

Wenn ja, welcher Form? _____

Haben Sie eine Rheumatoide Arthritis (rheumatische Gelenkerkrankung)?

Haben Sie eine Tumorerkrankung?

Hatten Sie frühere Operationen? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Name des Medikamentes: _____

Zahnarztpraxis Dr. U. Jahn & Dr. C. Meier - Jahn

Sonstige Fragen

ja nein

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel? _____

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche? _____

Beträgt Ihr Gewicht mehr als 130 Kilo?

Sonstige Anmerkungen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu ihrem Gesundheitszustand.

Jeder Termin ist in unserer Praxis einzeln vergeben. Wir bitten Sie, bei Verhinderung mind. 48 Stunden vorher abzusagen.

Bitte beachten Sie, dass das Reaktionsvermögen und die Teilnahme im Straßenverkehr durch die Anästhesie beeinträchtigt sein können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam Dres. Jahn

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

bei Minderjährigen:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten