



Zahnarztpraxis am Pulverturm
Dr. med. dent. Philip Merk

Ennester Str. 20 - 57439 Attendorn
 Tel.: 02722-2081 - Fax: 02722-6565857
 E-Mail: ino@zahnarztpraxis-am-pulverturm.de

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen:

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. privat : _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf /Arbeitgeber: _____

Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung: _____

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) → gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung ja nein

private Krankenkasse (PKV) → PKV/Basistarif ja nein Beihilfe ja nein

Falls Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Hinweis zur Organisation

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Ihre allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

	ja	nein
Erhöhter Augendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Endokarditis-Prophylaxe erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen oder andere Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektionskrankheiten

	ja	nein
HIV / Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Infektionskrankheiten:

falls ja: A B C

Allergien

	ja	nein
Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Allergiepäss Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen jemals **Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen** aufgetreten?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	
<input type="checkbox"/> Cortison	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	
<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente z.B. ASS, Marcumar, Heparin	
<input type="checkbox"/> Biphosphonate	
<input type="checkbox"/> Kontrazeptiva (Antibabypille)	

Rauchen Sie

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche Woche?

Sonstige Medikamente:

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme, Blutungen beim Zähneputzen, Zahnfleischrückgang, Lockerung der Zähne?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Leiden Sie unter Kiefergelenkbeschwerden?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich stimme einer Lokalanästhesie (lokale Betäubung) zu, wenn diese notwendig ist. Man hat mir mitgeteilt, dass in seltenen Ausnahmefällen ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln an der Zunge und im Unterkiefer auftreten kann, diese Irritationen vergehen in der Regel. Ich wurde auch darüber unterrichtet, dass die aktive Teilnahme am Straßenverkehr nach Behandlungen unter örtlicher Betäubung nicht erfolgen soll. Wir rufen Ihnen gerne ein Taxi.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters