

Patientenanmeldung (Datenaktualisierung)

Zahnarztpraxis
Dr. Thomas Stachelhaus

Patient/in : _____ geb. am : _____

Versicherte/r (wenn abweichend) _____ geb. am : _____

Straße / Nr. : _____ PLZ / Ort : _____

Tel. privat : _____ Mobil : _____ E-mail : _____

Beruf / Arbeitgeber : _____ Tel. geschäftlich : _____

Krankenkasse : _____ Sind Sie zusatzversichert ? Ja Nein

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, auch, wenn sich vielleicht seit der letzten Befragung nichts geändert haben sollte. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte streng vertraulich !

1. Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt ? Ja Nein

Wenn ja welche (z. B. gegen Penicillin, Schmerzmittel, Metalle, Latex) _____

2. Besitzen Sie einen Allergiepass ? Ja Nein

3. Leiden Sie an **Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden** ? Ja Nein

4. Haben Sie eine **erhöhte Blutungsneigung** ? Ja Nein

5. Haben Sie **Diabetes** (Blutzucker) ? Benötigen Sie Insulin ? Ja Nein

6. Haben Sie Ja Nein

- eine **Schilddrüsenerkrankung** ? Ja Nein

- eine **Lebererkrankung** ? Ja Nein

- eine **Nierenerkrankung** ? Ja Nein

- z. Zt. eine **Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis)** ? Ja Nein

- eine Nervenkrankheit ? Ja Nein

- Bronchial-Asthma ? Ja Nein

- andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten ? Ja Nein

- **Epilepsie** (Anfallsleiden) ? Ja Nein

- **hohen / niedrigen Blutdruck** ? Ja Nein

7. Haben Sie **Krebs**, eine **bösartige Erkrankung** oder **Leukämie** ? Ja Nein

Falls eine der o. g. Fragen mit Ja beantwortet wurde: **Name und Anschrift des Hausarztes** (Allgemeinarzt/Internist) _____

8. Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen ? Ja Nein

9. Benötigen Sie eine **Antibiotikaphylaxe vor zahnärztlichen** Eingriffen ? (**Herzpaß** ?) Ja Nein

10. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete **Medikamente** ? Ja Nein

Wenn ja, welche ? _____ **Bisphosphonate**

11. **Sind Sie schwanger** ? Wenn ja, in welchem Monat ? _____ Ja Nein

12. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen ? Ja Nein

13. Schnarchen Sie ? Ja Nein

14. Fühlen Sie sich tagsüber oft müde, angespannt oder nicht voll leistungsfähig ? Ja Nein

15. Sind bei Ihnen Atemstillstände während des Schlafens beobachtet worden ? Ja Nein

16. Sind Sie an einem Mund- und Zahnschutz für sportliche Aktivitäten interessiert ? Ja Nein

Die gesonderte „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und akzeptiert.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)