

## Dr. Christiane Herbst M. Sc.

Teplitzer Straße 4 84478 Waldkraiburg

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient(in)

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ Telefon (Privat)
_____ Postleitzahl, Ort	_____ E-Mail (Privat)
_____ Beruf	_____ Telefon (Dienstlich)
_____ Arbeitgeber	_____ E-Mail (Dienstlich)

#### Versicherte(r)

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Abweichende Anschrift?	_____ Telefon, E-Mail

#### Ihre Krankenversicherung

_____ Name	_____ Ort
_____ Zweigstelle	_____ Versicherungsnummer

Privat     Gesetzlich     Zusatzversicherung

#### Ihr Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefonnummer

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis ein Bestellsystem mit variierenden Behandlungszeiten, um möglichst allen Terminwünschen gerecht werden zu können. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, möchten wir Sie ausdrücklich um eine rechtzeitige Absage bitten.

Im Fall akuter Beschwerden werden wir uns umgehend um eine kurzfristige Konsultationsmöglichkeit bemühen – bitten Sie allerdings um Ihr Verständnis, sollte es zu Wartezeiten vor Ort in unserer Praxis kommen.

Prophyllaxe und Parodontologie sind als unsere ausgewiesenen Behandlungsschwerpunkte auf das Engste an ein individuell abgestimmtes Recall gebunden. Vor allem für Patienten mit parodontalen Vorschäden ist die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) eine Grundvoraussetzung für den Zahnerhalt. Wir offerieren Ihnen deshalb die Aufnahme in unser Recall-System (Erinnerungsservice).

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (Falls ja, bitte gegebenenfalls Ergänzungen)**

Allergie (Wenn ja, welche?)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Besitzen Sie einen Allergiepass?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Atemwegserkrankungen (Wenn ja, welche?)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Diabetes (Wenn ja, welcher Typ?)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

**Herz- Kreislaufferkrankungen (Falls ja, bitte gegebenenfalls Ergänzungen)**

Herzinsuffizienz, Herzschwäche	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Angina Pectoris	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzschrittmacher	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzklappenersatz	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Besitzen Sie einen Herzpass?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Ohnmachtsneigung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Erhöhter Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Niedriger Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Blutkrankheiten	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

**Infektionskrankheiten (Falls ja, bitte gegebenenfalls Ergänzungen)**

Hepatitis	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
TBC	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Immunmangel-Syndrom (Aids)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

**Sonstige Erkrankungen (Falls ja, bitte gegebenenfalls Ergänzungen)**

Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Osteoporose	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Rheumaerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

**Weitere Fragen (Falls ja, bitte gegebenenfalls Ergänzungen)**

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe überempfindlich?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	SSW: _____
Befinden Sie sich in fachärztlicher Behandlung?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Wenn ja, Name und Adresse des behandelnden Arztes:	_____		
Ungefähres Datum der letzten Röntgenuntersuchung:	_____		
Was wurde bei Ihnen zuletzt geröntgt?	_____		

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Wir weisen darauf hin, dass eine Anästhesie die Reaktionsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann.

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

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam Dr. Christiane Herbst