



EGENOLF & SCHLOTMANN

ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Vor- und Zuname:

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- ja nein Zustand nach Infarkt
- ja nein Herzinsuffizienz
- ja nein Muskelentzündung
- ja nein Verengung der Herzkranzgefäße
- ja nein Rythmusstörungen
- ja nein Bypassoperation
- ja nein Herzklappenersatz
- ja nein Schrittmacher

Kreislauf

- ja nein niedriger Blutdruck
- ja nein Bluthochdruck
- ja nein Angina pectoris
- ja nein Durchblutungsstörungen
- ja nein Schlaganfall

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- ja nein Blutarmut
- ja nein Bluter

Augen

- ja nein Grauer Star
- ja nein Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- ja nein Asthma
- ja nein Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- ja nein Magenerkrankung
- ja nein Darmerkrankung

Blase-Nieren

- ja nein Blasenerkrankung
- ja nein Nierenerkrankung
- ja nein Dialyse

Leber

- ja nein Gelbsucht
- ja nein Hepatitis

Bewegungsapparat

- ja nein Rheuma
- ja nein rheumatoide Arthritis
- ja nein Gicht

Zentrales Nervensystem

- ja nein epileptische Anfälle



Vegetatives Nervensystem

- ja nein Kopfschmerzen
ja nein Migräne

Stoffwechsel

- ja nein Zuckerkrankheit
ja nein Schilddrüsenüberfunktion
ja nein Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ja nein Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
ja nein HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
ja nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
ja nein Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel:..... Arzt:..... Ort: Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ja nein Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
ja nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
ja nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
- ja nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?
- ja nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
- ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?
- ja nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- ja nein Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn ja, welcher Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ja nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
ja nein Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Sundern, den Unterschrift