ZAHNARZTPRAXIS

Dr. med. dent. Anika Ferdinand

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Hausarzt: _____

ggf. Name, Vorname, Geb.Datum vom Mitglied:

_____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Tel. Dienstl. _____

Liebe Patientinnen und Patienten!

Ihre Praxisbesuche sollen so angenehm wie möglich sein: Sie werden optimal und individuell zahnmedizinisch beraten und behandelt. Dazu benötigen wir genaue Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen regelmäßig eingenommenen Medikamente.

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihre Angaben verändert haben.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis!

Welche Fragen ergeben sich für Sie? Wir helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Adminstrative Informationen:

☐ **ja** ☐ **nein** Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen mind. der letzten 5 Jahre)

☐ **ja** ☐ **nein** Möchten Sie von uns an Ihren halb-jährlichen Kontrolltermin und Prophylaxetermin erinnert werden?

☐ **ja** ☐ **nein** Möchten Sie per SMS an Ihren Termin erinnert werden?

Da wir uns für Sie viel Zeit nehmen möchten, brauchen wir für einen reibungslosen Behandlungsablauf Ihre Mithilfe. Bitte sagen Sie Ihren Termin, wenn Sie ihn nicht einhalten können, möglichst 24 Stunden vorher ab, da wir sonst eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen können.

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 kann. Einmal durch die Behandlung an sich, aber auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Datenübernahme

Ich war früher Patient in der Praxis von Herrn Labove. Ich bin mit der Einsicht in die alten Unterlagen durch die Zahnarztpraxis Dr. Anika Ferdinand einverstanden.

Garbsen-Stelingen, den _____ Unterschrift _____

Bitte kreuzen Sie aktuelle / überstandene Krankheiten bzw. Besonderheiten an.

Herz	☐ **ja** ☐ **nein** wenn ja, Herzpass vorhanden? ☐ ja ☐ nein ☐ Herzinfarkt (Wann: _____) ☐ Angina Pectoris, Herzschmerzen ☐ Herzfehler ☐ Herzinsuffizienz, Herzschwäche ☐ Atemnot bei Anstrengung ☐ Herzmuskelerkrankung ☐ Herzrhytmusstörung ☐ Herzklappen-Entzündung/Fehler ☐ Herzklappenersatz ☐ Schrittmacher / impl. Defibrillator ☐ Pass vorhanden ☐ Sonstiges _____	**Lunge und Atemwege**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Lungenentzündung ☐ Asthma bronchiale ☐ allergisches Asthma ☐ Reizhusten ☐ Tuberkulose ☐ Chronische Bronchitis ☐ Schlafapnoe ☐ Schnarchen ☐ Sonstiges _____
Nieren	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Nieren-Entzündung/ -Insuffizienz ☐ Dialyse, an welchen Tagen: Mo Di Mi Do Fr Sa So ☐ Sonstiges _____	**Leber**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Gelbsucht ☐ Fettleber ☐ Leberfunktionsstörung ☐ Sonstiges _____
Stoffwechsel	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Zuckerkrankheit ☐ Insulin-pflichtig ☐ Medikamente oral ☐ Diät ☐ HbA1c - Wert: _____ ☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ Schilddrüsenunterfunktion ☐ Kropf ☐ Sonstiges _____	**Nerven und Gemüt**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Krampfanfälle (z.B. Epilepsie) ☐ Lähmungen ☐ Geistige Behinderung ☐ Morbus Parkinson ☐ Depression ☐ Demenz ☐ Angstzustände ☐ Stress ☐ Sonstiges _____

Blut	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Gerinnungsstörung ☐ Blaue Flecke, Nasenbluten ☐ Nachbluten nach Operationen ☐ Blutverdünnende Medikamente ☐ Blutkrebs, z.B. Leukämie ☐ Blutarmut, Anämie ☐ Sonstiges _____	**Infektion**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Gelbsucht (Hepatitis) ☐ B ☐ C ☐ _____ ☐ HIV Infektion ☐ Aphthen ☐ Herpes labiales ☐ Herpes Zoster, Gürtelrose ☐ Sonstiges _____
Skelettsystem	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Gelenkerkrankungen ☐ Rückenschmerzen ☐ Muskelerkrankung ☐ Körperliche Behinderung ☐ Rollstuhl / Rollator ☐ Osteoporose ☐ Künstliche Gelenke ☐ Sonstiges _____	**Allergie / Überempfind-lichkeit gegen**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Medikamente ☐ Latex ☐ Metalle ☐ Sonstiges _____ ☐ Allergiepass vorhanden ☐ ja ☐ nein
Magen / Darm	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Geschwür ☐ Sodbrennen, Refluxkrankheit ☐ Verdauungsstörung ☐ Sonstiges _____	**Gefäße**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Schlaganfall (Wann: _____) ☐ Krampfadern, Thrombose ☐ Embolie ☐ Durchblutungsstörung ☐ Sonstiges _____
Kreislauf	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Hoher Blutdruck / Hypertonie ☐ Niedriger Blutdruck / Hypotonie ☐ Ohnmachtsanfälle, Kollaps	**Augen**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Sehbehinderung ☐ Engwinkelglaukom / Grüner Star ☐ Sonstiges _____

Andere Erkrankungen/ Besonderheiten	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Tumorerkrankung ☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Transplantationen ☐ Sonstiges _____	**Alkohol**	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig größere Mengen ☐ Sonstiges _____
Drogen	☐ **ja** ☐ **nein** Welche? _____	**Rauchen**	☐ **ja** ☐ **nein** Wie viel Durchschnittlich? _____
Schwanger-schaft	☐ **ja** ☐ **nein** Welche Woche? _____	**Weitere Erkrankungen**	☐ **ja** ☐ **nein** Welche? _____
Blut-gerinnungs-hemmende Medikamente	☐ **ja** ☐ **nein** Dauerhaft oder in den letzten Tagen: ☐ ASS® ☐ Marcumar® ☐ Clopidrogel® ☐ Plavix® ☐ Xarelto® ☐ Eliquis® ☐ INR-Wert: _____ ☐ _____	**Regelmäßig einge-nommene Medikamente**	☐ **ja** ☐ **nein** Welche Medikamente _____ _____ _____ _____ _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!