

Dr. Steffen Birk Dr. Jochen Fink

Tätigkeitsschwerpunkte: Prophylaxe und Implantologie

Patient Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse:	Telefon:
Ort:	Telefon geschäftlich:
Krankenkasse:	Email-Adresse:
Arbeitgeber / Beruf:	Hausarzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus, er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zu hohem Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie zu niedrigem Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Angeborene oder erworbene Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herzoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Krankheiten? | | |
| - Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankungen des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lungenerkrankung / Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nervenkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lebererkrankung / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rheuma / rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Immunschwäche (HIV positiv) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Creutzfeldt-Jakob-Krankheit CJK / vCJK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____ | | |
| 6. Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____ | | |
| 7. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____ | | |
| 8. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? Datum (ungefähr) _____ Organ: _____ | | |
| 9. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |

Bitte beachten: Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum

Unterschrift