



Dr. M. Lobert, MSc.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis und **vielen Dank**, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, bitten wir Sie um sofortige Mitteilung.

Name, Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____
Telefon privat _____ Handy _____
@ Anschrift _____
Krankenversicherung _____
Zusatzversicherung, falls vorhanden _____
Arbeitgeber _____
Hausarzt _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Nehmen **Sie Medikamente** ein? Wenn **ja Welche?** nein ja

z.B. Aspirin(ASS) Marcumar Plavix Teclopinin

oder andere: _____

Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? Wenn **ja Welche?** nein ja

z.B. hoher Blutdruck Angina pectoris Herzinfarkt

oder andere: _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher?** nein ja

Haben Sie eine **Künstliche Herzklappe?** nein ja

Sind Sie **Diabetiker** (Zuckerkrank)? nein ja

Wenn ja !!! spritzen Sie **Insulin** oder nehmen Sie "**Zuckertabletten**"? nein ja

Haben Sie in den letzten 2 Jahren **ein künstliches Gelenk** erhalten? nein ja

Haben oder hatten Sie **Gelbsucht** oder **Leberentzündungen (Hepatitis)** nein ja

Wenn ja !!! Wann? _____

Rückseite nicht vergessen!!!

Leiden sie an **Gerinnungsstörungen** **nein** **ja**
(Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung)

Sind **Unverträglichkeiten** von z.B. Schmerzmitteln, Medikamenten, Latex, Metallen bekannt? **nein** **ja**

Wenn ja Welche: _____

Besteht bei Ihnen eine **Osteoporose** (Knochenentkalkung)? **nein** **ja**

Wenn ja!!! nehmen oder nahmen Sie jemals **Bisphosphonate** ein? **nein** **ja**

Sind **andere Erkrankungen** bei Ihnen bekannt? **nein** **ja**

!!! Notieren Sie Welche!!! z.B. Infektionskrankheiten ,**HIV**, **MRSA**, Schilddrüsenerkrankung, Krebserkrankung etc.

Bei einer Krebserkrankung! Wurde bei Ihnen eine **Bestrahlung** durchgeführt? **nein** **ja**

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? **nein** **ja**

Bekamen Sie schon einmal eine **Spritze zur örtlichen Betäubung?** **nein** **ja**

Wenn ja, gab es dabei **Komplikationen?** **nein** **ja**

Wurden von Ihnen in den **letzten 3 Jahren** beim Zahnarzt **Röntgenaufnahmen** angefertigt? **nein** **ja**

Rauchen Sie regelmäßig? Wie viele pro Tag _____ **nein** **ja**

Möchten sie über folgende Themen informiert werden ?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Behandlung unter Lachgas | <input type="checkbox"/> | Prophylaxemaßnahmen | <input type="checkbox"/> |
| Schnarchschielen | <input type="checkbox"/> | Parodontitis/ Zahnfleischerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Zahnaufhellung/Bleaching | <input type="checkbox"/> | Helbo Therapie (Laserbehandlung) | <input type="checkbox"/> |

Oder haben Sie andere Fragen, Wünsche oder Anliegen?

Möchte Sie an unserem Erinnerungsdienst teilnehmen, das bedeutet Sie werden automatisch benachrichtigt, wenn die nächste Vorsorgeuntersuchung wieder fällig ist.

nein **per @-Mail** **per Postkarte**

Termine müssen bei Verhinderung bis spätestens 24 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagt werden!!!

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass bei Nichteinhalten des Termins die versäumte Behandlung anteilig in Rechnung gestellt werden kann.

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

Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum

Unterschrift Patient bspw. Erziehungsberechtigten