|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nachname: | | Vorname: | | | Geb.- Datum: | |
| Strasse: | | PLZ: | | | Ort: | |
| Telefon privat: | | | | Telefon dienstlich: | | |
| E-Mail Adresse: | | | Mobilnummer: | | | |
| Geburtsort: | | | | | | |
| Mitversichert bei: | Nachname: | | | Vorname: | | Geb.- Datum: |
| Anschrift: | | | | | | |
| Für Privatpatienten: Beihilfeversichert □ Ja □ Nein | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz** |  | **Blasen-Nieren** |  |
| Zustand nach Infarkt |  | Blasenerkrankung |  |
| Muskelentzündung |  | Nierenerkrankung |  |
| Verengung der Herzkranzgefäße |  | Dialyse/ Blutwäsche |  |
| Rhytmusstörungen |  | **Leber** |  |
| Bypass Operation |  | Gelbsucht |  |
| Herzklappenersatz |  | Hepatitis (A:\_\_\_/B:\_\_\_/C:\_\_) |  |
| Schrittmacher |  | **Bewegungsapparat** |  |
| **Kreislauf** |  | Rheuma |  |
| niedriger Blutdruck |  | Arthritis/ Gelenkentzündung |  |
| Bluthochdruck |  | Gicht |  |
| Durchblutungsstörungen |  | **Zentrales Nervensystem** |  |
| Schlaganfall |  | epileptische Anfälle |  |
|  |  |  |  |
| Bluterkrankungen |  | **Stoffwechsel** |  |
| Blutarmut |  | Diabetes/ Zuckererkrankung |  |
| Blutverdünnung |  | Diabetes gut eingestellt? |  |
| Atmungswege/ Lunge |  | Schilddrüsenüberfunktion |  |
| Asthma |  | Schilddrüsenunterfunktion |  |
| Bronchitis |  | **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?** |  |
| **Magen-Darm-Trakt** |  | HIV bzw. Aids |  |
| Magenerkrankung |  | Tuberkulose |  |
| Darmerkrankung |  | Tumorerkrankungen (Bestrahlungen , Chemo) |  |
|  |  | Osteoporose |  |

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Bitte Rückseite beachten!! --->>**

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden? | | |  | | |
| Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Nehmen Sie Drogen zu sich?  Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Besteht ein erhöhter Konsum an Alkohol? | | |  | | |
| Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe?  Wenn ja, gegen welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viele pro Tag? | | |  | | |
| Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | | | Ja / Nein | | |
| Nur für Frauen: Sind Sie zur Zeit Schwanger?  Wenn ja, in welchem Monat?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Ja / Nein | | |
| Was ist Ihnen bei der zahnärztlichen Behandlung besonders wichtig? | | |  | | |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? | | |  | | |
| Kommen Sie mit Ihrem vorhandenen Zahnersatz (Kronen, Brücken, etc.) gut zurecht? | | | Ja / Nein | | |
| Schnarchen Sie oder hat Sie sogar Ihr Partner darauf aufmerksam gemacht? | | | Ja / Nein | | |
| Knirschen Sie im Schlaf? | Nicht bekannt: | | Ja / Nein | | |
| Wie viel wiegen Sie? | | Kg | | | |
| Besitzen Sie ein vollständig ausgefülltes Bonusheft? (Eintragung der letzten 10Jahre) | | | | Ja | Nein |
| Möchten Sie von uns an Ihre Kontrolltermine erinnert werden? (Recall-System) | | | | Ja | Nein |
| Wenn ja, per Mail □ oder per Brief □ | | | | | |

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. Sowohl durch die Behandlung, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Des Weiteren möchten wir Ihre Anamnese alle 2-4 Jahre aktualisieren,um bei neuen Erkrankungen rechtzeitig Vorsorgemaßnahmen ergreifen zu können.

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Sollten Sie Termine nicht wahrnehmen, ohne uns darüber innerhalb von 24 Stunden zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte das Patienten mit Schmerzen in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Wir werden Sie darüber umgehend informieren.

**Nürnberg,** den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_