

## Herzlich Willkommen

Wir möchten Sie recht herzlich in unserer Praxis begrüßen.  
Um eine möglichst schonende Behandlung zu ermöglichen, und um Komplikationen vorzubeugen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.  
Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, ohne dass Sie es selbst vermuten.  
Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name, Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**Wohnanschrift:**

**Beruf:**

**Arbeitgeber:**

**Telefon Privat:**

**Telefon geschäftlich:**

**Mobiltelefon:**

**Emailadresse:**

Besteht eine **Zahnzusatzversicherung**?

Ja  Nein  Gesellschaft:

Ich komme auf besondere **Empfehlung** von:

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus?  
oder in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Ja  Nein

Hausarzt:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

2. Nehmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Falls vorhanden bitte Medikamentenliste mitbringen.

z.B. Blutverdünnende Medikamente, Herz-Kreislauf-Mittel, Antibiotika, Schmerzmittel, Cortison, Antidiabetika, Antikonzeptiva, Psychopharmaka, Methadon, Medikamente gegen Transplantatabstoßung, Medikamente für Haut-, Darm- oder rheumatische Erkrankungen, für Krebs- oder Blutkrankheiten, Penicillin, Antibiotika, sonstige keimabtötende Mittel, Steroide, Immunsuppressiva, Bisphosphonate

3. Bluten Sie lange bei Verletzungen?

Ja  Nein

4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung vermindern? Ja  Nein

Wenn Ja, Welche?

(Zum Beispiel: Marcumar; Xarelto, Eliquis, ASS, Aspirin, Plavix, Clopidogrel oder Andere)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente ?  
(z.B. Penicillin, Jod, Chlorhexidin, etc.)

Ja  Nein

Sind Sie allergisch gegen Medikamente oder sonstige Stoffe?

Ja  Nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja welche?

Ja  Nein

Gefäßerkrankung (Thrombose, Durchblutungsstörung)

Ja  Nein

Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TB, oder Anderen) Ja  Nein   
Asthma, Heuschnupfen, andere überempfindliche Reaktionen oder Allergien ? Ja  Nein   
Herz- und Kreislaufstörungen ? Ja  Nein   
(z.B. einen Herzklappenfehler, eine Herzinnenhautentzündung, Herzoperationen) Ja  Nein   
Schweres Rheuma oder Gelenkschwellungen? Ja  Nein   
Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Ja  Nein   
Zuckerkrankheit (Diabetiker Typ I oder II) Ja  Nein   
Erkrankung des Immunsystems (angeborenen Immundefekte, HIV-Infiziert) Ja  Nein   
Schleimhauterkrankung ( z.B. Mundtrockenheit) Ja  Nein   
Augenerkrankung( Glaukom, Engwinkel-Glaukom) Ja  Nein   
Psychische/neurologische Erkrankung? (Depressionen, Epilepsie, Schlaganfall) Ja  Nein   
Angstzustände, psychosomatische Erkrankungen, Anorexia, Bulimie, Sonstiges) Ja  Nein   
Eine andere ernsthafte Erkrankung ? (Lunge, Niere, Stoffwechselerkrankungen) Ja  Nein   
Wenn ja welche?

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?  
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt: (Datum/Organ)?

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen in einer oder beiden Gesichtshälften?  
Ja  Nein

Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein  Woche?

Möchten Sie den Terminerinnerungsservice (Recall) der Praxis in Anspruch nehmen  
Ja  Nein

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, halten Sie bitte  
Rücksprache mit uns.

Ort, Datum

Unterschrift

Noch ein Hinweis in eigener Sache: Wir sind stets bemüht die Wartezeiten möglichst kurz zu halten, wir bitten Sie daher im Interesse aller Patienten Ihre Termine pünktlich einzuhalten und im Falle der Verhinderung spätestens 48 Stunden vorher abzusagen.  
Herzlichen Dank.

### **Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis Dr. Muck zu Kenntnis genommen und bin mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Unterschrift