

Praxis Dr. Silke Schilder

Pat.-Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____ Tel./Handy _____

mit Versichert bei: Name, Vorname _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____

Wichtige Information:

Krankheiten aller Art können negative Auswirkungen auf die Behandlung haben. Die unteren Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem individuellen Gesundheitszustand anzupassen. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne !

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Herzklappenfehler Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein

Infektionskrankheiten:

HIV Ja Nein
Hepatitis A Ja Nein
Hepatitis B Ja Nein
Hepatitis C Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein

Weitere Erkrankungen:

Ohnmachtsneigung Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörung Ja Nein
Tumorleiden/Krebs Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Einnahme von Bisphosphonate Ja Nein
Blutgerinnungsstörung Ja Nein
Blutverdünnung Ja Nein
welches Medikament: _____

Allergien, Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Penicillin Ja Nein
Jod Ja Nein
Pflaster Ja Nein
Sonstige _____

Allgemeine Angaben:

Raucher Ja Nein
Alkoholkonsum Ja Nein
bei ja: selten oft regelmäßig
Schwangerschaft Ja Nein
Medikamenteneinnahme Ja Nein
Welche: _____

Weitere wichtige Informationen: _____

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Hosenfeld/Hainzell, den _____ Unterschrift _____