

## Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen Deiner zahnärztlichen Behandlung ist es für uns wichtig, über Deinen Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Dich daher, untenstehende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

**Patient** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. \_\_\_\_\_

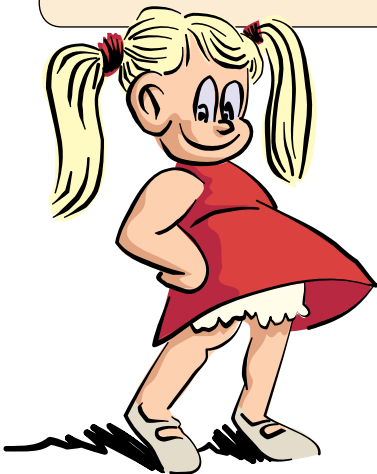
**Versicherungsnehmer** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_  
Tarifart: \_\_\_\_\_

**MÖCHTEST DU FÜR DEINEN NÄCHSTEN PZR BZW. KONTROLLTERMIN  
BENACHRICHTIGT WERDEN?**

Ja  Nein





## HERZ/KREISLAUF:

Leidest Du an akuten / chronischen Erkrankungen  
des Kreislaufs (Herz):

Ja  Nein

oder \_\_\_\_\_

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN:

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Ja  Nein

Magen-Darmerkrankungen

Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen

Ja  Nein

Hormonstörungen

Ja  Nein

andere \_\_\_\_\_

## ALLERGIEN:

Ekzeme

Ja  Nein

Asthma

Ja  Nein

Penicillin-Überempfindlichkeit

Ja  Nein

Allergiepass

Ja  Nein

Überempfindlichkeit gegen \_\_\_\_\_

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis/Gelbsucht

Ja  Nein

Tuberkulose

Ja  Nein

Aids

Ja  Nein

sonstige \_\_\_\_\_

## REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE

z.B. Blutdruck-/Herzmedikamente

Ja  Nein

Schmerzmittel

Ja  Nein

Antidiabetika

Ja  Nein

andere \_\_\_\_\_