



# Zahnmed<sup>3</sup>

DR. LEILA PARVIZI & TEAM

## Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir, das Team von Zahnmed<sup>3</sup>, heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Um gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Patient

Name		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		
PLZ	Ort	
Telefon		
Mobil	E-Mail	

### Hausarzt

Name		
------	--	--

### Krankenkasse/Versicherung

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Versicherter (falls abweichend)

Name		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Mobil		

### Angaben zu Ihrer Mundgesundheit. Leiden Sie unter:

<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Pressen/Knirschen
			<input type="checkbox"/> Kopf- und Nackenschmerzen



**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Befunde?**

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)
<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzfehler/ künstli. Herzklappe	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Grüner Star	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	

Haben Sie Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

**Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?**

<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA. etc.)
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)/ Varianten CJK			

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

<input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B: Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder Ass®)
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

**Unsere Praxis wurde empfohlen durch, ich bin aufmerksam geworden durch?**

<input type="checkbox"/> Internetsuche	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Instagram	<input type="checkbox"/> Jameda
--	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Ich möchte am Kontrolltermin-Service teilnehmen.

per Post  per E-Mail

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Reaktionsfähigkeit und damit Tauglichkeit im Straßenverkehr durch eine örtliche Btäubung und Medikamente, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Ort, Datum

Unterschrift