

Liebe Patientin, Lieber Patient,

damit wir all Ihre Fragen beantworten und Sie umfassend beraten können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte (Anamnese). Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Straße /Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Privatkrankenversicherung: _____

Gesetzl. Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung: _____

Arzt / Zahnarzt _____

Internet _____

Überweisung _____

Allergien / Überempfindlichkeiten: _____ Allergiepass: ja nein

Infektionskrankheiten: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift:

Patientennummer: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um die bei Ihnen geplante Behandlung noch sicherer zu machen, bitten wir Sie, uns einige zusätzliche Fragen zu beantworten:

	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Tagen zusätzlich noch andere Medikamente eingenommen? <input type="checkbox"/> Welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Knochenkrebs oder Tumormetastasen bei Ihnen medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Medikamente gegen Knochenschwund oder Osteoporose bekommen? Wenn ja: <input type="checkbox"/> als Tabletten <input type="checkbox"/> als Infusion <input type="checkbox"/> wie lange ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie <input type="checkbox"/> Hormonpräparate/ `Pille´ oder <input type="checkbox"/> Vitaminpräparate ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)? Wenn ja: <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> ich spritze Insulin <input type="checkbox"/> ich nehme Tabletten Ihr letzter HbA1c-Wert? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals regelmäßig Zigaretten geraucht? <input type="checkbox"/> bis 5 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> 5-15 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> über 15 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> im letzten Jahr <input type="checkbox"/> vor 1-5 Jahren <input type="checkbox"/> vor über 5 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Herz-Kreislaufferkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronisch entzündlichen Erkrankung? Wenn ja, welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Metallallergie (z. B. Nickel) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie zur Zeit unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bei Ihnen eine Parodontitisbehandlung? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon Implantate im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits ein Implantat entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie Ihre Zähne häufig zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilen Sie Ihre derzeitige Fitness, Leistungsfähigkeit auf einer Skala von 1- 6 _____ (entsprechend Schulnoten)		
Ihre Körpergröße in cm _____ , Ihr Körpergewicht in kg _____		

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!