



Zahnärzte am Stadtpark

Dr. Julian Kaiser • Dr. Karl-Heinz Kaiser

Patient:

Name	Vorname	geb.	Telefon privat
PLZ	Ort	Straße	Mobilnummer
Beruf	Arbeitgeber	Telefon dienstlich	Email-Adresse
Krankenkasse/Beihilfeberechtigt		Zusatzversicherung	Standardtarif
Hausarzt/Allgemeinarzt		Anschrift	Telefon

Mitglied:

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb dieses Formular sorgfältig aus. Es wird Ihnen Unterlagen beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten aus abrechnungstechnischen Gründen gespeichert werden.

Haben Sie zu hohen Blutdruck?	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Leiden Sie unter Augenerkrankungen (Glaukom)?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens?		hemmen (z.B. Marcumar)?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-angeborene oder erworbene Herzfehler	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Falls ja, welche_____	
-Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Vertragen Sie lokale Betäubungsmittel?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-Herzoperation	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bestehen z.Zt. Sonstige Erkrankungen?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzpass?	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wenn ja, welche_____	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	
Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden			
Aufgeführten Erkrankungen?			
-Zuckerkrankheit?	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wurde bei Ihnen eine Bestrahlung nach Tumorbehandlung	
-Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nach-		durchgeführt?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
bluten, Blutgerinnungsstörungen)	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	
-Infektionskrankheiten (HIV)	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Datum:_____ Organ:_____	
-Allergien (z.B. Heuschnupfen)	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-Schilddrüsenerkrankungen	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus	
-Asthma/Lungenerkrankung	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	oder in ärztlicher Behandlung?	Ja / Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-Nervenerkrankungen	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
-Lebererkrankungen / Gelbsucht	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bitte beachten! Betäubungsmittel (Injektionen) können die	
-Rheuma / rheumatisches Fieber	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie	
-Nierenerkrankungen	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	dies bei Ihren Behandlungsterminen.	
-Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
-Magen-Darm-Erkrankungen	Ja/Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Datum	Unterschrift