



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 ihren 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.

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