



RÄDER+RÄDER
Praxisklinik am Wall

Nachname

Vorname

geboren am Geburtsort

Zahnarzt

Straße, Hausnr.

Anschrift Zahnarzt

PLZ Ort

Hausarzt

Festnetznr. Mobilnr.

Anschrift Hausarzt

Mail

Sind Sie Zusatzversichert? Ja Nein

Wurde eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?

Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörung, Herzschwäche, Herzklappenerkrankung, Herzinfarkt, Schlaganfall?)

Ja Nein

.....
Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen ein Stent, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher oder Defibrillator eingebracht?

Ja Nein

.....
Wenn ja, was und wann?

Haben Sie einen Herzpass?

Ja Nein

Müssen Sie, aufgrund einer Herzerkrankung, vor einer zahnärztlichen Behandlung ein Antibiotikum einnehmen (Endokarditisprophylaxe)?

Ja Nein

Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?

.....
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?

Ja Nein

Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. Aspirin, ASS, Plavix, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis)

.....
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Diabetes mellitus - Zuckerkrankheit

Ja Nein

Grüner Star (Glaukom)?

Ja Nein

	Ja	Nein
Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen Medikamente, Antibiotika, Latex, Kontrastmittel, Metalle, Jod, lokale Betäubungsmittel) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, HIV/AIDS Tuberkulose/Tbc)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Knochen, Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Bisphosphonaten (z.B. Bondronat, Alendronat, Fosamax, Zometa, Denosumab o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung, Chemotherapie, Bestrahlung, Erkrankung des Immunsystems Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder die Annahme dafür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		
Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im letzten Jahr Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen durchgeführt? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? In welcher Dosierung?		
Gab es Komplikationen bei zahn-/ ärztlichen Behandlungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift, des Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer