

## Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Simon und Partner

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte vor der Behandlung.  
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
1. Herz-/ Kreislauferkrankungen? wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Blutgerinnungsstörungen? Bluten Sie bei Stichverletzungen lange nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Niedriger / Hoher Blutdruck? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Glaukom (grüner Star)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Niere (Dialyse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hepatitis? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Hashimoto, etc.)? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Osteoporose oder Arthrose? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kopfschmerzen / Migräne? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tumorerkrankung (Chemotherapie, Bisphosphonate, Bestrahlung)? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Haben Sie einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI? Wenn ja, welche Stufe? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bitte Kopie der Pflegekasse einreichen.</b>		
15. Haben Sie Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? <b>Bitte Kopie der Eingliederungshilfe einreichen.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Haben Sie Allergien? Gibt es einen Allergiepass? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt : _____		

**Bramsche, den** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_