Dr. Markus Seifert
Dr. Beatrice Böhm
Ihr Team für schöne und gesunde Zähne

ZAHNARZTPRAXIS

☐ Mitglied ☐ Familienmitglied ☐ Rentner

AOK	LKK	BKK	IKK	BEK	DAK	KKH	TK	Polizei
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zusatzversicherung:								

Privat		
Standardtarif	Basistarif	Beihilfe

Bitte ausfüllen und ankreuzen

Vorname, Name, Geburtsdatum des Patienten:

Anschrift des Patienten:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Telefon mobil:

E-Mail:

Hausarzt:

Telefon:

Sie sind bei einem Facharzt in Behandlung?

Name:

Telefon:

		Ja	Nein	Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
1.	Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an	☐	☐	
1.1	Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐	☐	
a)	Herzinsuffizienz	☐	☐	
b)	Koronare Herzkrankheiten/Angina Pectoris	☐	☐	
c)	Herzinfarkt	☐	☐	
d)	Herzrhythmusstörungen	☐	☐	
e)	Herzschrittmacher	☐	☐	
f)	Herzklappenfehler/-ersatz	☐	☐	
g)	Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	☐	☐	
h)	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	☐	☐	
i)	Schlaganfall (Apoplex)	☐	☐	
1.2	Atemwegserkrankungen	☐	☐	
1.3	Lebererkrankungen	☐	☐	
1.4	Nierenerkrankungen	☐	☐	
1.5	Diabetes/Typ:	☐	☐	
1.6	Sonstige Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen)	☐	☐	
1.7	Neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson)	☐	☐	
1.8	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	☐	☐	
1.9	Glaukom (erhöhter Augendruck)	☐	☐	

Dr. Markus Seifert
Dr. Beatrice Böhm
Ihr Team für schöne und gesunde Zähne

			Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
2. Rheumatische Erkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	
3. Allergien:	☐ Ja	☐ Nein	
4. Infektionskrankheiten	☐ Ja	☐ Nein	
a) HIV-Infektion (AIDS)	☐	☐	
b) Hepatitis/Typ:	☐	☐	
c) Creutzfeld Jakob	☐	☐	
d) Ist bei Ihnen ein MRSA-Keim nachgewiesen?	☐	☐	
5. Tumorerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	
Leiden Sie an Osteoporose, Mammakarzinom, Prostatakarzinom, malignes Myelom?	☐ Ja	☐ Nein	
Werden oder wurden Sie medikamentös behandelt? (z. B. Bisphosphonate, Denosumab)	☐ Ja	☐ Nein	
6. Hämatologische Erkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	
a) Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	
b) Erkrankungen blutbildender Organe	☐	☐	
c) Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	☐	☐	
7. Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Ja	☐ Nein	
8. Zeigen Sie Spritzenreaktionen?	☐ Ja	☐ Nein	
a) Werden Sie ohnmächtig?	☐	☐	
b) Wird Ihnen schlecht?	☐	☐	

Wir informieren Sie darüber, dass durch eine Lokalanästhesie in sehr seltenen Fällen der Nerv in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Daraus resultieren manchmal Geschmacks- und Gefühlsstörungen, sowie Taubheitsgefühle von Zunge, Lippe oder Wange.

9. Sind Sie Raucher?	☐ Ja	☐ Nein	
10. Waren Sie Raucher?	☐ Ja	☐ Nein	

Empfehlung/Überweisung durch:

.....

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

1. Jahr, Datum: Unterschrift: .....

2. Jahr, Datum: Unterschrift: .....

3. Jahr, Datum: Unterschrift: .....