

**Stefan Wegmann**

Zahnarzt

Alte Schulstraße 13 • 49549 Ladbergen

Telefon 05485- 2992 • Fax 05485- 832976

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

privat versichert ja ( ) nein ( ), beihilfeberechtigt ja ( ) nein ( )

Festnetz- und Handynummer: \_\_\_\_\_

Beruf und Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

- |                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| Herzerkrankungen                      | ja ( ) nein ( ) |
| Erhöhter Blutdruck                    | ja ( ) nein ( ) |
| Zu Niedriger Blutdruck                | ja ( ) nein ( ) |
| ASS 100 / Marcumar / Gerinnungshemmer | ja ( ) nein ( ) |
| Diabetes / Zuckererkrankung           | ja ( ) nein ( ) |
| Schilddrüsenerkrankung                | ja ( ) nein ( ) |
| Lebererkrankung (Hepatitis)           | ja ( ) nein ( ) |
| Nierenerkrankung                      | ja ( ) nein ( ) |
| Chronische Bronchitis                 | ja ( ) nein ( ) |
| Asthma                                | ja ( ) nein ( ) |
| Epilepsie                             | ja ( ) nein ( ) |
| Infektionserkrankung (Tbc, HIV usw.)  | ja ( ) nein ( ) |

Allergien:

Heuschnupfen ja ( ) nein ( )

Medikamente-Allergie ja ( ) nein ( )

Penicillin-Allergie ja ( ) nein ( )

Allergie-Pass ja ( ) nein ( )

sonstige Erkrankungen ja ( ) nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? ja ( ) nein ( )

Bitte teilen Sie uns jede Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift