

Zentrum für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. Alexandra Rudolph

Axel Rudolph M. Sc., M. Sc. Implantologie und Parodontologie

Wir möchten Ihnen eine optimale und komplikationslose Behandlung bieten.

Darum bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. Vielen Dank!



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Beruf: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Zusatzversicherung? ja nein

Bei privat Versicherten: Basistarif Standardtarif beihilfefähig

Pflegestufe vorhanden? ja nein Pflegegrad: _____

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____
Gerinnungshemmendes Medikament? _____
Bisphosphonate (z.B. Fosamax, Bonviva)? _____
Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ja nein
Tuberkulose ja nein
Multiresistenter Keim (MRSA o. ä.) ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma etc. ja nein
HIV-Infektion ja nein
– Wann wurde der letzte HIV-Test durchgeführt (Jahr)? _____

**Herz-/ Kreislauf-
erkrankungen:** Leiden Sie an einer Erkrankung des Herzens? ja nein
Wenn ja, an welcher? _____
Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein
Zu hoher Blutdruck ja nein
Herzschrittmacher ja nein

**Stoffwechsel-
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Wenn ja, letzter HbA 1c Wert _____
Chronische Magen-Darmerkrankungen ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Osteoporose ja nein
Glaukom ja nein

**Erkrankungen des
Nervensystems:** Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Krämpfe ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein

Bitte wenden.

Sonstige Erkrankung: _____

Weitere Angaben: OP Gelenkersatz (z. B. Knie, Hüfte) ja nein
Wenn ja, seit wann _____
Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Schwangerschaft: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Überwiesen/empfohlen von: _____

Haben Sie einen besonderen Beratungswunsch? _____

Möchten Sie an Ihre halb- / jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum _____ **Unterschrift** _____