

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in der Praxis Jürgen Karsch!

Dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Sie auszurichten und Zeit für unser persönliches Gespräch zu gewinnen. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Beachten Sie bei Ihrer Terminplanung, dass auch eine lokale Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ	Wohnort	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Handynummer	Krankenkasse

selbst versichert     
  versichert durch/über     
  Ehemann     
  Ehefrau     
  Vater     
  Mutter

Name des Hauptversicherten	Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten

Adresse des Hauptversicherten

Beruf	Arbeitgeber	Hausarzt

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre Therapie planen zu können.

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...**

Herzens oder Kreislaufs .....  Ja     Nein

Leber .....  Ja     Nein

Nieren .....  Ja     Nein

Schilddrüse .....  Ja     Nein

Magen-Darm-Traktes .....  Ja     Nein

Gelenke (Rheuma) .....  Ja     Nein

**Haben oder hatten Sie ...**

Hohen/niedrigen Blutdruck.....  Ja     Nein

Diabetes .....  Ja     Nein

Epilepsie .....  Ja     Nein

Grünen Star .....  Ja     Nein

Zahnfleischbluten .....  Ja     Nein

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? .....  Ja     Nein

Neigen Sie zu Blutungen? .....  Ja     Nein

Wurde ein HIV-Test durchgeführt? .....  Ja     Nein

Wenn ja.....  positiv     negativ

Haben oder hatten Sie eine Hepatitis? .....  Ja     Nein

Wenn ja, welcher Typ?     A     B     C

Haben Sie einen Röntgenpass?

Ja     Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja     Nein    \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

Ja     Nein    \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Ja     Nein    \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Ja     Nein    \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Ja     Nein    \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wie ...

blutverdünnende Medikamente (Marcumar®, ASS, ...)?  
 andere Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

von Bekannten empfohlen     Überwiesen worden durch: \_\_\_\_\_

über die Krankenkasse     Internet, über die Seite: \_\_\_\_\_

Telefon- / Branchenbuch     Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

Falls Sie eine Empfehlung von einem Bekannten hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  Ja     Nein

Sind Sie an speziellen Behandlungen interessiert?     Ja     Nein

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice für Ihre regelmäßige Vorsorge teilnehmen?     Ja     Nein

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.