



ZAHNÄRZTE JACOBY

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen eine qualitätsorientierte und verantwortungsbewusste Behandlung anbieten zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen in Ruhe zu beantworten. Sollten Sie bei einer Frage unsicher sein, wenden Sie sich bitte an unser medizinisches Personal. Bitte informieren Sie uns auch zukünftig über bedeutende Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. der bestehenden Medikation. Selbstverständlich werden diese Angaben vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

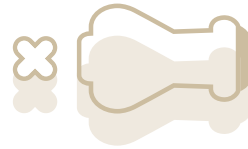
| | |
|--|---|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsname, Geburtsort: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail: | |
| Haben Sie eine Pflegestufe? Grad: _____ (Bitte legen Sie uns den Nachweis anbei.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Zusatzversicherung? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Wer ist Ihr Hausarzt? | |

| | |
|--|---|
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe, Stent oder Bypass? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Event-Recorder? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzpass? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien? (Bitte legen Sie Ihren Allergiepass anbei.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Medikamente, die Ihr Immunsystem unterdrücken? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie Bisphosphonate? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Blutverdünner ein? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Bestehen bei Ihnen Infektionserkrankungen? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Bitte beachten Sie die Rückseite.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

(Bitte Zutreffendes unterstreichen oder handschriftlich einfügen.)



| | |
|--|---|
| Herz-Kreislaufferkrankungen (Bluthochdruck, Herzklappeninsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Blut- und Gefäßerkrankungen (Thrombosen, Embolien, Infarkte) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (medikamentös oder genetisch) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma bronchiale, COPD etc.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (Diabetes, Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankungen) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Nieren (Dialysepflichtig: Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen (Hepatitis, Zirrhose etc.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen (gutartige oder bösartige Krebserkrankungen) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, Parkinson, Schlaganfall, TIA etc.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Skelettsystems (Osteoporose ggf. Bisphosphonattherapie) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Seelische Erkrankungen (Depression, Angstzustände etc.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Autoimmunerkrankungen (Rheuma, Mb.Crohn, Sarkoidose) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig oder während der letzten Tage Medikamente ein? Wenn ja, bitte eintragen. _____ (Bitte legen Sie uns Ihren Medikamentenplan anbei.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme unserer Datenschutzerklärung.

Coswig, den _____

Unterschrift Patient (bzw. gesetzl. Vertreter)

Aktualisiert am _____

Aktualisiert am _____

Aktualisiert am _____