

Dr. Klaus-Uwe Kaufhold - Zahnarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient - herzlich Willkommen in meiner Praxis!

Um bei der Behandlung mögliche Risikofaktoren erkennen und so Komplikationen vorbeugen zu können, bitte ich Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten!

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Adresse: _____ **Tel.Nr.:** _____ **Beruf:** _____

Bestehen oder Bestanden eine der Folgenden Erkrankungen:

	Ja	Nein	
Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes(Typ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Typ-1: <input type="radio"/> Typ-2: <input type="radio"/> Andere:
Annfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Herzklappenerkrankung / künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Verminderter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Andere (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Infektionskrankheiten (Welche?)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Hepatitis (Typ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Typ-A: <input type="radio"/> Typ-B: <input type="radio"/> Typ-C: <input type="radio"/>
-Immunmangelsyndrom (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Suchterkrankungen (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheumaerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Tumorerkrankungen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Bisphosphonat Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-Bestrahlungen (Kopf-/Halsbereich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Weitere Fragen:</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frühere Operationen (Kopf-/Halsbereich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen sie Medikamente (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Befinden sie sich in ärztlicher Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes:



Bitte Informieren Sie mich, wenn eine Änderung des Gesundheitszustandes eintritt!

Herten, den: _____

Unterschrift: _____