

## Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

### Vorbehandlung

Bestanden bei/nach (zahn)ärztlicher Behandlung allergische Reaktionen, Kreislaufprobleme o.ä.  ja  nein

### Blut

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Blutgerinnungsstörung (z.B. Nachbluten bei Verletzungen)  ja  nein

Durchblutungsstörungen  ja  nein

### Herz/Kreislauf

Erhöhter Blutdruck  ja  nein

Niedriger Blutdruck  ja  nein

Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Herzschwäche, Angina pectoris, Herzinfarkt Wenn ja, wann?  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein

Herzklappenerkrankung, Herzklappenersatz  ja  nein

### Lunge

Asthma, chronische Bronchitis  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

### Stoffwechsel

Knochenschwund (Osteoporose)  ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Lebererkrankung, Hepatitis, Gelbsucht  ja  nein

Nierenerkrankung  ja  nein

### Nervensystem

Krampfleiden (Epilepsie)  ja  nein

Depression  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

### Augen

Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)  ja  nein

### Allergien

Medikamenten-Allergie  ja  nein

Latex-Allergie  ja  nein

Haben Sie einen Allergiepaß?  ja  nein

### Sonstige Erkrankungen

Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS) Wenn ja, welche?  ja  nein

Krebserkrankung Wenn ja, welche?  ja  nein

### Bestehen Erkrankungen, nach denen wir nicht gefragt haben?

Wenn ja, bitte auch auf der Rückseite aufschreiben!  ja  nein

### Weitere Fragen

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?  ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel?  ja  nein

Verwenden Sie Drogen?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?** (bitte auch auf der Rückseite aufschreiben)  ja  nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis **mkg bad schwartau** meinen überweisenden Arzt bzw. Zahnarzt telefonisch, schriftlich oder elektronisch über meine hier durchgeführte Beratung oder Behandlung informiert, also Behandlungsdaten und Befunde übermittelt.  ja  nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.  ja

Mir ist bekannt, dass ich nach einer Behandlung in örtlicher Betäubung oder Narkose kein Fahrzeug führen darf.  ja

Datum

Unterschrift des Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
helfen Sie uns, Ihnen bestmöglich zu helfen, indem Sie diesen Bogen aufmerksam und wahrheitsgetreu bearbeiten.  
Ihre Angaben werden im Zuge der Schweigepflicht natürlich streng vertraulich behandelt.  
Gerne füllen wir diesen Bogen auf Wunsch auch mit Ihnen gemeinsam aus.

Ihr Praxisteam

## Fragen zum Patienten

Vorname

Name

Adresse

Telefon

Hausarzt

Krankenkasse

Geb. Datum

Beruf

Mobiltelefon

Zahnarzt

## Hauptversicherter, falls abweichend vom Patienten

Name, Vorname

Adresse

**Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite.**

## Platz für Informationen