

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in der „Praxis an der Wiese“!

Dieses Formular hilft uns und Ihnen die Praxisabläufe zu erleichtern. Bitte bringen Sie es ausgefüllt zu ihrem Termin in die Praxis mit.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift: _____

Krankenkasse, Krankenversicherung: _____

Hausärztin/-arzt: _____

Zahnärztin/-arzt: _____

Kieferorthopädin/-e: _____

Weitere Behandler/innen: _____

Zuweisung, Empfehlung durch: _____

Gesundheitsfragebogen/Anamnese (Basis) Dieser Fragebogen soll uns helfen ihre etwaigen Risiken richtig einzuschätzen.

Alter: _____ Monate/Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: _____

Herzerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wenn ja: Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz, Herzklappenfehler	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe notwendig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung, Dialyse	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Diabetes	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Knochen: Osteoporose, Bisphosphonattherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Gelenkersatz	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen (MS, Parkinson, Epilepsie)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen, Fibromyalgie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Allergien	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Infektionskrankh. (HIV; Hep)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Krebserkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____ seit wann? _____			
Bestrahlungstherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wann?	_____			
Chemotherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wann?	_____			
Operationen	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Nehmen Sie Drogen?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Rauchen Sie?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>					
Sind Sie schwanger?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche Woche?	_____			
Nehmen Sie Medikamente?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>					
(z.B. Markumar, ASS, Plavix? Etc.)					Wenn ja welche?	_____			

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift