

# PATIENTENDATEN

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

## Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Versicherter/Mitglied (nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Versicherter sind)

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

## Kontaktdaten

Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon	Fax	Mobil
E-Mail		

## Beruf/Arbeitgeber

Arbeitgeber	Telefon
Anschrift	Beruf

## Versicherungsstatus

Krankenkasse	Sind Sie zuzahlungsbefreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
gesetzlich versichert	<input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> mit Zusatzversicherung:
privat versichert	<input type="radio"/> vollversichert <input type="radio"/> Basis-Tarif <input type="radio"/> Beihilfe:

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="radio"/> Empfehlung von:	<input type="radio"/> Überweisung durch:
<input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxisschild <input type="radio"/> Sonstiges:	

## Erste Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal
Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes oder Kaltes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal
Sonstiges	
Knirschen Sie nachts mit den Zähne?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
Leiden Sie häufig unter Nacken-, Rücken-, Kopf-, Gesichtsschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne rundum zufrieden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Ich wünsche einen Recall per	<input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Telefon
------------------------------	--

**„Ich versichere die Korrektheit der Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.“**

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i. d. R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) telefonisch unter **02335 8463384**. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Wenn Sie Fragen haben - wir helfen Ihnen gern.

<table border="0"> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Herz/ Kreislauf</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Herzfehler</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzinfarkt / Schlaganfall</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzmuskelentzündung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzklappenentzündung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>künstliche Herzklappe</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzschrillmacher</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>hoher Blutdruck</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>niedriger Blutdruck</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Rhythmusstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzschwäche</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Durchblutungsstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Lunge und Atemwege</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Asthma</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Lungenentzündung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tuberkulose</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>chronische Bronchitis</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schlafapnoe</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schnarchen Sie?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Leber</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Leberinsuffizienz</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Nieren</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Dialysepflicht</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Nierenentzündung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Diabetes mellitus Typ I</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Diabetes mellitus Typ II</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenüberfunktion</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenunterfunktion</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Immunschwäche</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Organtransplantation</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>HIV/AIDS</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	Herz/ Kreislauf	ja	nein	Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrillmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Lunge und Atemwege	ja	nein	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Leber	ja	nein	Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Nieren	ja	nein	Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit	ja	nein	Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Immunschwäche	ja	nein	Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="0"> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Gehirn, Nerven und Gemüt</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Creutzfeld-Jakob-Krankheit</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Krampfanfälle (Epilepsie)</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kopfschmerzen / Migräne</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Depressionen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Psychotherap. Behandlung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Blut</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Gerinnungsstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>... bei Ihnen selbst</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>... bei Blutsverwandten</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Blaue Flecken schon bei leichten Berührungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Allergien</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Medikamente</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Zahnärztliche Betäubung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Jod</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Latex (z.B. Luftballons)</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Metalle (z.B. Nickel, Quecksilber)</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Haben Sie einen Allergiepass?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Allergien?</td><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Knochen/ Skelett</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Osteoporose</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Wegen welcher Erkrankung?</td><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>In welchem Zeitraum?</td><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Mit welchem Präparat?</td><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	Gehirn, Nerven und Gemüt	ja	nein	Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychotherap. Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Blut	ja	nein	Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... bei Ihnen selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... bei Blutsverwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blaue Flecken schon bei leichten Berührungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Allergien	ja	nein	Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnärztliche Betäubung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex (z.B. Luftballons)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle (z.B. Nickel, Quecksilber)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Allergien?	<input type="text"/>		<hr/>			Knochen/ Skelett	ja	nein	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wegen welcher Erkrankung?	<input type="text"/>		In welchem Zeitraum?	<input type="text"/>		Mit welchem Präparat?	<input type="text"/>		<table border="0"> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Nikotin/Alkohol</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Rauchen Sie?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sind Sie trockener Alkoholiker?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Röntgen und CT</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Haben Sie einen Röntgenpass?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Nehmen Sie Medikamente?</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Clopidogrel®)?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Blutdruckmedikamente</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzmedikamente</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schmerzmittel</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Psychopharmaka</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Antidiabetika</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Antibabypille</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Haben Sie eine Medikamentenliste?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Medikamente</td><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">Schwangerschaft</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">ja</th> <th style="border-bottom: 1px solid #ccc;">nein</th> </tr> <tr><td>Sind Sie schwanger?</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Welche Schwangerschaftswoche? _____</td><td colspan="2"></td></tr> </table>	Nikotin/Alkohol	ja	nein	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Röntgen und CT	ja	nein	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>			Nehmen Sie Medikamente?	ja	nein	Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Clopidogrel®)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibabypille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Medikamente	<input type="text"/>		<hr/>			Schwangerschaft	ja	nein	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche Schwangerschaftswoche? _____		
Herz/ Kreislauf	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzschrillmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Lunge und Atemwege	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Leber	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Nieren	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Nierenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Immunschwäche	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Gehirn, Nerven und Gemüt	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Psychotherap. Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Blut	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
... bei Ihnen selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
... bei Blutsverwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Blaue Flecken schon bei leichten Berührungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Allergien	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Zahnärztliche Betäubung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Latex (z.B. Luftballons)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Metalle (z.B. Nickel, Quecksilber)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Sonstige Allergien?	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Knochen/ Skelett	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Wegen welcher Erkrankung?	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
In welchem Zeitraum?	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
Mit welchem Präparat?	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
Nikotin/Alkohol	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Röntgen und CT	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Nehmen Sie Medikamente?	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Clopidogrel®)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Antibabypille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Sonstige Medikamente	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<hr/>																																																																																																																																																																																																																																																																													
Schwangerschaft	ja	nein																																																																																																																																																																																																																																																																											
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Welche Schwangerschaftswoche? _____																																																																																																																																																																																																																																																																													

**Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb und bei wem?**

**Pflegebedürftigkeit**

Seit dem 1. Juli 2018 haben Sie bei Beeinträchtigungen und bestehendem Pflegebedarf unter bestimmten Voraussetzung die Möglichkeit, besondere Leistungen der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen.

Liegt bei Ihnen eine Einstufung zum Pflegegrad vor?  ja  nein | Erhalten Sie Leistungen nach der Eingliederungshilfe?  ja  nein

**Mein Hausarzt**

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

**Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich vor der nächsten Behandlung mit.**

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
--	--