ACHIM LEHNERT MSc

ZAHNARZT

PARODONTOLOGIE

Patient (Name, Vorname): **geb.:**

Versicherter (Name, Vorname, ○ Ehegatte, ○ Vater / Mutter) **geb.:**

Anschrift (Strasse, Hausnummer): **Wohnort:**

Telefonnummer privat: dienstlich: Handy:+Netz z.B.D1,D2... **e-mail:**

Beruf: **Arbeitgeber:**

Krankenkasse: **Hauszahnarzt:** **Hausarzt:**

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert – **nicht** im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif(Basistarif-Bedingungen)
☐ Beihilfeberechtigt ☐ Privat versichert im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)
☐ Privat versichert – im Standardtarif

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, sind wir Ihnen gerne dabei behilflich.

	Ja	Nein
Leiden Sie an **Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?**	○	○
Haben Sie manchmal **Atemnot oder Brustschmerzen?**	○	○
Ist bei Ihnen eine **Transplantation** von inneren Organen durchgeführt worden?	○	○
Müssen Sie oft **Husten**?	○	○
Leiden Sie an **Asthma**?	○	○
Haben Sie **Bluterkrankungen**?	○	○
Haben Sie erhöhte **Blutungsneigung**?		
Nehmen Sie **ASS** oder **Marcumar** regelmäßig ein?	○	○
Ist bei Ihnen ein erhöhter **Flüssigkeitsbedarf** auffällig?	○	○
Leiden Sie an **Diabetes**?	○	○
Leiden Sie an **grünem Star**?	○	○
Leiden Sie an **grauem** Star?	○	○
Leiden Sie an einem **Engwinkelklaukom**?	○	○
Haben Sie **künstliche Herzklappen,Herzklappenfehler o.Herzmuskelentzündung**	○	○
Haben Sie **künstliche Gelenke**?	○	○
Haben Sie ein **Schilddrüsenleiden**?	○	○
Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?	○	○
Wenn ja, welche?_____		
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen / Arzneien?	○	○
Wenn ja, auf welche?_____		
Haben Sie eine **Allergie**?	○	○
Wenn ja, auf was reagieren Sie allergisch?_____		

	Ja	nein
Hatten Sie Tuberkulose?	○	○
Hatten oder haben Sie ein **Leberleiden (Gelbsucht / Hepatitis**)?	○	○
Wenn ja: Hepatitis **A** ○ Hepatitis **B** ○ Hepatitis **C** ○		
War bei Ihnen ein **HIV – Test** positiv?	○	○
Leiden Sie an **AIDS**?	○	○
Waren Sie in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?	○	○
Hat sich in letzter Zeit Ihr **Gesundheitszustand** verschlechtert?	○	○
Sind Sie **schwanger**? weiß nicht ○	○	○
Leiden Sie an **Rheuma** oder anderen **Knochen- oder Gelenkkrankheiten**?	○	○
Existieren **Röntgenbilder** jüngeren Datums?	○	○
Sind Sie an **Brustkrebs** erkrankt / bzw. erkrankt gewesen?	○	○
Sind Sie an **Prostatakrebs** erkrankt / bzw. erkrankt gewesen?	○	○
Leiden Sie an einer hier **nicht aufgeführten Krankheit**?	○	○

Wenn ja, an welcher?_____

_____

Datum / Unterschrift