

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Betreuung haben. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen aufs Strengste der ärztlichen Schweigepflicht; sie sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Vielen Dank für Verständnis.

Holzhäuser Straße 77 Tel. 0341 / 6880788
04299 Leipzig Fax 0341 / 6813184
info@Braeunig-Zahnarztpraxis.de
www.Braeunig-Zahnarztpraxis.de

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Krankenkasse	Zusatzversicherung	
Telefon privat	Telefon dienstl.	Beruf

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?		JA	NEIN
Herzkrankheiten	Herzschwäche (Insuffizienz)		
	unregelmäßiger Herzschlag (Arhythmien)		
	Angina pectoris		
Kreislaufkrankungen	zu hoher Blutdruck		
	zu niedriger Blutdruck		
	Zustand nach Herzinfarkt		
	Einnahme blutverdünnender Medikamente		
Stoffwechselerkrankungen	Ohnmachtsanfälle		
	Diabetes		
	Magen-Darm-Erkrankungen		
Bluterkrankungen	Schilddrüsenerkrankungen		
	Blutungsneigung (Hämophilie)		
Erkrankungen des Nervensystems	Blutarmut (Anämie)		
	epileptische Anfälle / Krämpfe		
Allergien	Besitzen Sie einen Allergiepass?		
	Überempfindlichkeit gegen		
	Asthma		
	Penicillin-Überempfindlichkeit		
	Ekzeme		
Infektionskrankheiten	Hepatitis A, B, C		
	Tuberkulose		
	chronische Erkrankungen der Atemwege		
Immunsystem	HIV		
Sonstige Erkrankungen			
Weitere Angaben	Herzschrittmacher		
	Nehmen Sie Drogen?		
	Sind Sie frisch operiert?		
	Sind Sie schwanger?		
	Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?		
	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?		
Hausarzt			

Datum / Unterschrift