

Gemeinschaftspraxis Dr. Marc Schultz & Thomas Pflüger

Um Sie optimal versorgen zu können, sind für uns einige Angaben dringend erforderlich

Name: _____ Telefon: _____

Hausarzt: _____ Beruf: _____

Fragen über bestehende Erkrankungen (bitte ankreuzen) Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Herz: Herzschwäche (Insuffizienz), unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien), Angina pectoris, Herzschrittmacher

Kreislauf: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Einnahme gerinnungshemmender Mittel (Marcumar)

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes) Magen-Darmerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen

Nervensystem: Epileptiforme Anfälle, Krämpfe, Ohnmachtsanfälle

Blut: Blutungsneigung (Hämophilie), Blutarmut (Anämie)

Allergien: Ekzeme, Medikamentenallergien (z.B. Penizillinallergie), Asthma

Infektionskrankheiten: Gelbsucht, (Hepatitis) Tuberkulose, Aids

Sind Sie schwanger? (.....Monat)

Rauchen Sie?

Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackенbereich?

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

Sonstige Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Wann war Ihre letzte Untersuchung im Mund- und Kieferbereich? _____
Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

14.12.2010 , Unterschrift

Als besonderen Service rufen wir Sie, wenn Sie dies wünschen, gerne in halbjährlichen Abständen zur Vereinbarung eines Kontrolltermins an.

Sollten Sie diesen Service nicht mehr wollen, reicht eine kurze Mitteilung .

Ich möchte an die halbjährliche Routineuntersuchung erinnert werden

Unterschrift