Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Ingmar Fischer

Stadtstraße 63
79104 Freiburg-Herdern

Telefon: +49 (0) 761 3 28 82
Fax: +49 (0) 761 3 91 41

praxis@dr-ingmar-fischer.de
www.dr-ingmar-fischer.de

Liebe Patientin, lieber Patient! Eine verantwortungsvolle zahnärztliche Behandlung berücksichtigt auch allgemein medizinische Erkrankungen, deswegen bitte ich Sie, den Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte beigefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. **Vielen Dank für Ihr Verständnis!**

Patientin / Patient

☐ Herr ☐ Frau ☐ Kind

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Telefon privat / Telefon geschäftlich

Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse

☐ freiwillig ☐ pflichtversichert

Hausärztin/Hausarzt

Vorherige Zahnärztin/Zahnarzt

Empfohlen durch

Versicherter (wenn nicht Patient)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Telefon

Erkrankungen

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?	**Ja**	**Nein**
Asthma (schwere Atemnot)	☐	☐
Herz/Kreislauferkrankungen	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Rheuma	☐	☐
Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Magen-Darm-Geschwür	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Haben Sie eine **HIV**-Infektion oder **Creutzfeldt Jakob**?	☐	☐
Leiden Sie unter **Hepatits A, B, C** o. ä.?	☐	☐
Haben Sie **Bisphosphonate (Osteoporose)** eingenommen?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig **Immunsupressiva** ein?	☐	☐
Sonstige Erkrankungen?	☐	☐

Welche?

	Ja	**Nein**
Allergien Welche?	☐	☐
Unverträglichkeit von Medikamenten Welche?	☐	☐
Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch Werte?		
Sind Sie Schwanger Welcher Monat?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	☐	☐

☐ Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten durch die Praxis EDV bin ich einverstanden und stimme auch der Weitergabe meiner Datei an zahnärztliche Kolleginnen/Kollegen in dieser Praxis zu. Nach sämtlichen Behandlungsmaßnahmen, die mit einer lokalen Anästhesie verbunden sind bin ich für ca. 3 Std. fahruntüchtig. Wenn ich meinen Termin nicht mindestens 24 Std. vorher absage (Ausnahme akute Erkrankung), verpflichte ich mich zur Ausfallszahlung.

Datum / Unterschrift