

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Zahnarztpraxis Dr. Stefanie Anghelescu

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Adresse _____ Tel. _____

Beruf _____ Geschäftsadresse, Tel. _____

Krankenkasse _____

Hausarzt, behandelnder Arzt _____

Da wir bemüht sind, Sie umfassend zu behandeln, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse um genaue Angaben.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

JA NEIN

Nehmen Sie in den letzten Wochen **Medikamente** ein ? Welche?

Allergien oder **Unverträglichkeiten** auf Spritzen/ Medikamente?

Worauf? _____

Bluten Sie lange bei Verletzungen?

Blutgerinnungsstörungen?

Herz-Kreislaufstörungen, kalte Hände oder Füße?

Veränderter Blutdruck (zu hoch, zu tief) ?

Infektiöse Erkrankungen? - AIDS

- Hepatitis

- Tuberkulose

Kiefergelenk-, Kopf-, Hals-, Schulterschmerzen?

Kieferhöhlenentzündung?

Asthma, Lungenerkrankungen?

Zuckerkrankheit (Diabetes) ?

Nierenerkrankungen?

Sonstige **Erkrankungen**? _____

Wurden schon zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?

Wann? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Bitte beschreiben Sie Ihre **Beschwerden** und das gewünschte **Behandlungsziel:**

Wovor haben Sie besonders Angst?

Was sollen wir besonders beachten?

Wer hat Sie empfohlen?

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen zur lokalen Anästhesie sowie Medikamenten, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Ehemalige Patienten von Frau Birkenfeld sind mit der Einsichtnahme von Frau Dr. Anghelescu in die Patientenkartei einverstanden.

Datum

Unterschrift