



Daten des Versicherten:

Familienname: _____ geb. ____.

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Art der Versicherung: gesetzlich Krankenkasse: _____

freiwillig privat Beihilfe

Bonusheft vorhanden? ja / nein Bonus erfüllt seit _____

Daten des Versicherungsnehmers (nur falls nicht mit Versichertem identisch):

Familienname: _____ geb. ____.

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

Art der Versicherung: gesetzlich Krankenkasse: _____

freiwillig privat Beihilfe

Bisheriger Zahnarzt: _____

Letzter Zahnarztbesuch: _____

Hausarzt/Ort: _____

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich: _____

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung kann die Schmerzausschaltung mit Hilfe einer Lokalanästhesie notwendig sein. Dabei können je nach Lokalisation folgende Komplikationen auftreten:

- Unverträglichkeit des Lokalanästhetikums (bzw. der Zusatzstoffe) mit allergischer Reaktion darauf
- intravasale Injektion
- Blutung (Hämatom)
- Nervenläsion (bei Leitungsanästhesie)
- Nadelbruch

Als Folge der Lokalanästhesie kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein.

Durch die fehlende Sensibilität besteht die Gefahr von Bißverletzungen der Lippen, Wangen und der Zunge.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten mit, damit Adresse und Versichertenstatus von uns aktualisiert werden können.

Bad Salzuflen, den ____.

Unterschrift des Patienten



Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen?

Haben Sie aktuell Zahnschmerzen? Ja Nein

Wurden Sie zu uns überwiesen? Ja Nein wenn ja, durch wen? _____

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Fachrichtung? _____ ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? ja nein unbekannt

Wenn ja, gegen welche Stoffe (Allergiepass?)? _____

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten/Beschwerden/Befunde?

	Ja	Nein		
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organtransplantation?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Glaukom/grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wie viele Zigaretten pro Tag? _____	
Strahlentherapie (Kopf/Hals)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ansteckende Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hepatitis / HIV / Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?	
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Unfälle/Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Mundtrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Würgereiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Zahnarzt