

ERSTANMELDUNG



Zahnarzt ANDREAS
BUCHMANN

Losheimer Straße 1
66709 Weiskirchen

☎ Tel. 0 68 76 71 51

✉ info@andreas-buchmann.de

Patient

Vorname* _____

Name* _____

E-Mail* _____

Geburtsdatum _____

Versicherter

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Versicherungsart _____

Privatversicherung _____

Anschrift

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Name _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

ERSTANMELDUNG



Zahnarzt ANDREAS
BUCHMANN

Losheimer Straße 1
66709 Weiskirchen

☎ Tel. 0 68 76 71 51

✉ info@andreas-buchmann.de

Patient

Vorname* _____

Name* _____

E-Mail* _____

Geburtsdatum _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

- | | | |
|----|------|---|
| ja | nein | Herzschwäche (Insuffizienz) |
| ja | nein | unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) |
| ja | nein | Herzasthma, Angina pectoris |
| ja | nein | Herzschrittmacher |

Kreislaufferkrankungen:

- | | | |
|--------------------------------|------|--|
| ja | nein | zu hoher Blutdruck (Hypertonie) |
| ja | nein | zu niedriger Blutdruck (Hypotonie) |
| ja | nein | Herzinfarkt |
| wann war der Herzinfarkt _____ | | |
| ja | nein | Einnahme gerinnungshemmender Medikamente |
| ja | nein | Ohnmachtsanfälle |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | | |
|----|------|----------------------------|
| ja | nein | Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| ja | nein | Magen-Darm-Erkrankungen |
| ja | nein | Schilddrüsenerkrankungen |

Erkrankungen des Nervensystems:

- | | | |
|----|------|-------------------------------|
| ja | nein | epileptiforme Anfälle/Krämpfe |
|----|------|-------------------------------|

Bluterkrankungen:

- | | | |
|----|------|--------------------------------|
| ja | nein | Blutungsneigungen (Hämophilie) |
| ja | nein | Blutarmut (Anämie) |

ERSTANMELDUNG



Zahnarzt ANDREAS
BUCHMANN

Losheimer Straße 1
66709 Weiskirchen

☎ Tel. 0 68 76 71 51

✉ info@andreas-buchmann.de

Allergien:

- ja nein Penicillin-Überempfindlichkeit
ja nein Asthma
ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Überempfindlichkeit gegen _____

Infektionskrankheiten:

- ja nein Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
ja nein Tuberkulose
ja nein chronische Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.
ja nein AIDS / HIV

Immunsystem:

- ja nein Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?

an welcher Erkrankung? _____

Sonstige Erkrankungen

Sonstige Erkrankungen _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen sie zur Zeit? _____

Weitere Angaben

- ja nein Sind oder waren Sie drogenabhängig?
ja nein Sind Sie frisch operiert?
ja nein Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?
ja nein Besitzen / möchten Sie ein Röntgennachweisheft?
ja nein Sind sie schwanger?

Welcher Monat? _____

Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? _____

- ja nein Kommen Sie mit Ihrem Zahnersatz zurecht?
ja nein Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz noch zufrieden?
ja nein Weinen Sie oft?
ja nein Schlafen Sie schlecht ein?