

FRAGEBOGEN ÜBER BESTEHENDE KRANKHEITEN

- Gebühr frei
- Noctu
- Sonstige
- Unfall
- Arbeitsunfall*

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*
Name, Vorname des Versicherten geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.			VK gültig bis		Datum		

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Beantwortung des umseitigen Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben zu Ihrer Sicherheit dienen und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben

Patient	Name	Vorname	geb. am
Mitglied	Name	Vorname	geb. am
Anschrift	Straße/Nr.		PLZ, Wohnort
Krankenkasse	Mitglieds-Nr.		
Beruf	Telefon (Arbeitsplatz)		
Arbeitgeber	Telefon (privat)		



- | | | Ja | Nein |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Herz | Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kreislauf | Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blut | Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lunge | Asthma/chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Stoffwechsel | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Leberkrankheiten/Hepatitis/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nervensystem | Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Ihr Hausarzt: _____
- | | | Ja | Nein |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Allergien | Heuschnupfen/Ekzeme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Medikamenten-Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Penicillin-Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Haben Sie einen Allergie-Pass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bestehende sonstige Erkrankungen: | _____ | | |
| | _____ | | |
| 9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? | Wenn ja, welche? | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| 10. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? | _____ | | |
| 11. Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? | _____ | | |
| 12. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Sind Sie HIV-positiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt.) | | |
| 14. Wünschen Sie eine Lokalanästhesie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Datum, Unterschrift _____

Kamistad® Gel 20 mg Lidocainhydrochlorid/185 mg Auszug aus Kamillenblüten pro 1 g Gel zur Anwendung in der Mundhöhle. Zur Behandlung von leichten Entzündungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut. Hinweis: Bei fehlender Besserung der Entzündungszeichen innerhalb 1 Woche sollte ein Arzt aufgesucht werden. Enthält Benzalkoniumchlorid. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie bitte die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. STADA GmbH, Stadastraße 2-18, 61118 Bad Vilbel. Stand: Mai 2007