

Zahnarztpraxis Dr. Franz Josef Cwiertnia

Hindenburgdamm 114

12203 Berlin

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 STGB.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung !

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____ E-Mail: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Herzklappenentzündung (Endokarditis)? ja nein

Besteht ein Herzklappenfehler? ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Angina pectoris? ja nein

Niedriger / hoher Blutdruck ja nein

Haben Sie Allergien (Latex, Farbstoffe, Penicillin etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden

