



Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Christoph Schilp,
Susanne Volz, Franziska Muscheid

www.zahnarzt-schilp.de

Praxis Sontra
Göttinger Straße 3
36205 Sontra
Tel. 05653 914 311
sontra@zahnarzt-schilp.de

Praxis Herleshausen
Bahnhofstraße 13
37293 Herleshausen
Tel. 05654 923 48 00
herleshausen@zahnarzt-schilp.de

Liebe Patientin, lieber Patient,
willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Schilp und Kolleginnen

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie alle der folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname Geburtsdatum Telefon

E-Mail

gesetzlich versichert privat versichert Basistarifversichert

Name der Krankenkasse oder Versicherung

selbst versichert versichert mit Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name, Vorname Geburtsdatum Telefon

Straße, Nr. PLZ, Ort

2. Allgemeine Gesundheitsfragen

Ärztliche Behandlung

Ihr Hausarzt:

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe? ja nein
Herzinfarkt? ja nein
Sonstige?

Endokarditis-Prophylaxe notwendig? ja nein

Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Sonstige?

Sonstige Erkrankungen und Angaben

Rheuma? ja nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma? ja nein
Nasen- / Nasennebenhöhlenerkrankungen? ja nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen? ja nein
Tumorerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Nierenerkrankungen? ja nein
Magen-/Darmerkrankungen? ja nein
Chronische Lebererkrankungen? ja nein
Sonstige? ja nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle? ja nein
Depressionen? ja nein
Neurostimulator? ja nein
Sonstige? ja nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis (A/B/C)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
HIV? ja nein
Sonstige? ja nein

3. Spezielle Gesundheitsfragen

Medikamente

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

Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar, Godamed, Eliquis)? ja nein
Wenn ja, welches Medikament?

Nehmen Sie Medikamente gegen

Osteoporose oder Tumorerkrankungen

ein (z. B. Bisphosphonate)? ja nein
Wenn ja, welches Medikament?

Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit
oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente
(z. B. Penicillin, Latex, Jod, Anästhetika, u.s.w.)? ja nein
Wenn ja, gegen welche?

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Wir benötigen **Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch** in der Praxis. Liegt sie uns bis Quartalsende nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich habe diesen Fragebogen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum, Unterschrift des Patienten

(Erziehungsberechtigte Person oder betreuende Person)