

Dr. Bernd Herbold  
Zahnarzt



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
im folgenden sind einige Fragen aufgeführt, deren Beantwortung für die Behandlung wichtig ist. Sie gibt Auskunft über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie mir mit, wenn sich eine Änderung ergeben sollte oder Ihnen Medikamente verordnet werden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt - sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie dennoch eine Angabe ausschließlich mir persönlich mitteilen wollen, so können Sie das selbstverständlich tun; bitte sprechen Sie mich darauf an.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Dr. Bernd Herbold

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher Behandlung: \_\_\_\_\_

Weswegen? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuchs? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder haben Sie in der Vergangenheit eine dieser Krankheiten erlitten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien (insbesondere auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente, z.B.: zahnärztliche			Gelenkrheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betäubungsmittel, Penicillin, andere			Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika, Desinfektionsmittel,			Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex, Nelkenöl, Kunststoffe, Metalle)			Lungenasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC)		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchtkrankheit (Alkohol,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente, Drogenkonsum)		
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Besitzen Sie einen Allergiepaß? \_\_\_\_\_ **Ja**  **Nein**

Liegen zahnärztliche Röntgenbilder jüngeren Datums vor? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen:  
Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Wenn Sie eine zusätzliche Angabe machen möchten, oder eine Frage stellen wollen, so können Sie dies hier tun:

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_