Dr. Edda Rogmans-Nehm
Zahnärztin
Körnerstr.1
58256 Ennepetal
02333- 71500

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____
Name, Vorname Geburtsname Geburtsort

Telefon: _____
privat dienstlich mobil

Beruf_____Arbeitgeber_____

Bitte ankreuzen	Ja	Nein
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	☐	☐
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	☐	☐
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	☐	☐
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	☐	☐
- angeborene oder erworbene Herzfehler	☐	☐
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	☐	☐
- Herzinnenhautentzündung	☐	☐
- Herzoperationen	☐	☐
- Herzschrittmacher	☐	☐
- Sonstiges	☐	☐
Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?		
- Diabetes	☐	☐
- Allergien, z.B. Heuschnupfen	☐	☐
Latexallergie	☐	☐
- Haben Sie einen Allergiepaß?	☐	☐
- Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
- Asthma/ Lungenerkrankung	☐	☐
- Nervenerkrankung	☐	☐
- Lebererkrankung/ Hepatitis	☐	☐
Rheuma/ rheumatisches Fieber	☐	☐
- Magen- Darmerkrankung	☐	☐
Immunschwäche HIV/ AIDS	☐	☐

Bitte ankreuzen	Ja	Nein
- Nierenerkrankung	☐	☐
- Anfallsleiden, z.B. Epilepsie	☐	☐
Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	☐	☐
- ASS	☐	☐
- Marcumar	☐	☐
- Eliquis	☐	☐
-andere/welche		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	☐	☐
Falls ja, welche?_____		
_____		
Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?_____		
_____		
_____		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?		
Datum (ungefähr)_____		
Organ_____		
Hausarzt_____		
Haben Sie eine **Eingliederungshilfe**	☐	☐
Pflegegrad , wenn ja welche	☐	☐
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger	☐	☐

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung? ☐ ☐

Bitte beachten!
Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie **1 Std. nicht** und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen!

Datum_____ Unterschrift_____