

# Oralchirurgie am Emmichplatz

Fachzahnarzt für Oralchirurgie - Dr. Robert M. Lenz  
Hohenzollernstr. 3, 30161 Hannover

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse u. PLZ: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Basisversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	nein	Leiden Sie unter:	ja	nein
Neigen Sie zur Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Diabetes Typ I oder II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Probleme m. d. Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn, welche:			-Allergien(Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			wenn, welche:		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein:			-Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			-Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			-Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			-Anfallsleiden(Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten			-Creutzfeldt-Jakob-Erkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn, welche:			-Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			-Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten, wenn ja, welche?			-Einnahme v. Bisphosphonaten (Med. z.		
_____			Beh. v. Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen:			-Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		
_____			_____		
Wenn ja, in welchem Monat?					
_____					

Name des Zahnarztes oder Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, anfallendes Altgold bei einer Zahnentfernung einer gemeinnützigen Einrichtung zu spenden. Sollte dieses nicht gewünscht sein, bitte streichen!

Hauptversicherter / Rechnungsempfänger (falls von oben abweichend): \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_