



Dr. med. dent.  
**Christoph Blaschke**

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

## Herzlich Willkommen in unser Praxis

Wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten. Um das zu erreichen, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus soweit es Ihnen möglich ist. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Vielen Dank.

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum/-ort: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_ Geb.-datum/-ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:	Ja	Nein	Kreislaufkrankungen:	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. B.: Aspirin/Marcumar		

Stoffwechselerkrankungen:	Ja	Nein	Erkrankungen des Nervensystems:	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie sich schon mal einer Strahlentherapie/ Chemotherapie unterzogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bluterkrankungen:	Ja	Nein	Immunsystem:	Ja	Nein
Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		

Allergien:	Ja	Nein	Infektionskrankheiten:	Ja	Nein
Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronische Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen _____					

Sonstige Erkrankungen/Operationen: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

Weitere Angaben:	Ja	Nein		Ja	Nein
Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie frisch operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____			Welche Hilfsmittel zur Zahnreinigung benutzen Sie? _____		

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Bekannte oder Verwandte: \_\_\_\_\_  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.

Besuchen Sie uns auch im Internet, unter: [www.zahnarzt-dr-blaschke.de](http://www.zahnarzt-dr-blaschke.de)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_