



Dr. med. dent. (R) Marius Catiche M. Sc.

Master of Science Ästhetisch-Rekonstruktive Zahnmedizin

Bismarckstraße 76 • 41061 Mönchengladbach • Telefon 0 2161-179811 • Telefax 02161-464 3994

„Center for Excellence“

rezeption@dr-catiche.de

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Straße		Nr.	<input type="checkbox"/>
Postleitzahl	Ort	Telefon	<input type="checkbox"/>
Telefon-Arbeitgeber		Mobil-Telefon	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse			<input type="checkbox"/>

Versicherter

Name	Vorname	Geb.-Datum	<input type="checkbox"/>
Straße		Nr.	<input type="checkbox"/>
Postleitzahl	Ort	Telefon	<input type="checkbox"/>
E-Mail-Adresse			<input type="checkbox"/>

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein, nicht zuletzt um Zwischenfälle während der Behandlung zu vermeiden. Ja Nein

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt/Facharzt:	Name, Anschrift, Tel. :		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Allergien:	gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen:	Besitzen Sie einen Allergiepass? Falls JA vorlegen. Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag(Arrhythmien)? Herzasthma Angina pectoris? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen:	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung:	Niereninsuffizienz, Dialyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B) Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf/Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____