

## SELBSTAUSKUNFT ZUR KRANKENGESCHICHTE

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefon privat:  Telefon mobil:

Beruf:  e-Mail:

Krankenkasse/Versicherung:

gesetzlich  privat  Beihilfe  Zusatzversicherung

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte folgende Angaben zum Versicherten ergänzen:

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Hausarzt:

Zahnarzt:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck  ja  nein Herzerkrankungen  ja  nein

Niedriger Blutdruck  ja  nein Herzschrittmacher  ja  nein

Herzklappenerkrankungen  ja  nein Endokarditisprophylaxe  ja  nein

**Bitte Rückseite beachten!**

### Infektionserkrankungen

HIV  ja  nein  
Hepatitis A, B oder C  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
andere  ja  nein

### Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
andere  ja  nein

### weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Nierenfunktionsstörung  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Grauer Star  ja  nein  
andere  ja  nein

### Allgemeine Angaben

Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholgenuss  ja  nein wenn ja,  selten,  oft,  regelmässig  
Raucher  ja  nein wenn ja,  0-10,  über 10 Zig./Tag  
frühere Röntgenuntersuchungen im Kopfbereich  ja  nein wenn ja, wann:   
Schwangerschaft  ja  nein wenn ja, welcher Monat:

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS  ja  nein

Dürfen wir Ihren Hausarzt / Zahnarzt über den Behandlungsverlauf ggf informieren?  ja  nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen während des Behandlungszeitraumes zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift