

Dr. Moritz Rippe

Zahnarzt

26, route de Tréves · L-6793 Grevenmacher

Tel. (+352) 285565-1 · Fax (+352) 285565-55 · E-Mail: info@smartdental.lu · www.smartdental.lu

Anmeldung

Frau/Herr

geb.:

Straße

PLZ/Ort

Tel.:

Krankenkasse

Handy:

Name des Mitgliedes

geb.:

Beruf des Mitgliedes

Tel.:

Arbeitgeber

Sozialversicherungs-Nummer

Hauszahnarzt (Name, Adresse)

Hausarzt (Name, Adresse)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben (bitte ankreuzen):

1. Herz/Kreislauf
 - a) hoher Blutdruck ja nein
 - b) niedriger Blutdruck ja nein
 - c) Herzinfarkt ja nein
 - d) Herzschwäche ja nein
 - e) Herzfehler ja nein
 - f) Herzmuskelentzündung/Herzklappenentzündung ja nein
 - g) künstliche Herzklappe ja nein
 - h) Herzrhythmusstörungen ja nein
 - i) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
2. Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? ja nein
3. Sind Sie HIV positiv? ja nein
4. Atemwege/Lunge
 - a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - b) chronische Bronchitis ja nein
 - c) Heuschnupfen ja nein
 - d) Lungenentzündung ja nein
 - e) Tuberkulose ja nein
 - f) Lungenembolie ja nein

5. Leberkrankheiten
- a) Gelbsucht ja nein
 - b) Fettleber ja nein
 - c) Leberzirrhose ja nein
 - d) Hepatitis A ja nein
 - e) Hepatitis B ja nein
 - f) Hepatitis C ja nein

6. Nervensystem
- a) Krampfleiden ja nein
 - b) Epilepsie ja nein
 - c) Lähmungen ja nein
 - d) Depressionen ja nein
 - e) Angstzustände ja nein

7. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein

8. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder sind folgende Erkrankungen bei Ihnen aufgetreten?

- a) Unverträglichkeit von Medikamenten? (Antibiotika, Schmerzmittel, Jod,...)
Wenn ja, welche?
-

- b) Allergien (z. B. Latex in Gummihandschuhen, Metalle,...)
Wenn ja, welche?
-

- c) Schlaganfall ja nein
- d) Zuckerkrankheit, Diabetes ja nein
- e) Rheuma ja nein
- f) Nierenerkrankungen ja nein
- g) Blutkrebs ja nein

9. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten* behandelt?
(* Medikamente zur Verbesserung der Knochenstruktur z.B. bei Osteoporose oder bei Tumortherapie) ja nein
Wenn ja, welche?
-

10. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, wenn ja, welche?
-

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?
-

12. Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag? _____

13. Trinken Sie Alkohol? Gelegentlich Regelmäßig, wie viel? _____

14. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja, Monat: _____ nein ungewiss

Datum _____

Unterschrift _____