

Dr. Moritz Rippe

Zahnarzt

26, route de Trèves · 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	
Arbeitgeber	Tel.:
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 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Herzschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Herzfehler | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Herzmuskelentzündung/Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| g) künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| h) Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| i) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Sind Sie HIV positiv? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Atemwege/Lunge | | |
| a) Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) chronische Bronchitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Heuschnupfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Lungenentzündung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Lungenembolie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

(→ 2. Seite, bitte wenden)

5. Leberkrankheiten
- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Gelbsucht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Fettleber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Leberzirrhose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Hepatitis A | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Hepatitis B | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Hepatitis C | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

6. Nervensystem
- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Krampfleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Lähmungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Depressionen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Angstzustände | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> 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,...) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

- b) Allergien (z. B. Latex in Gummihandschuhen, Metalle,...) ☐ ja ☐ nein
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 Tumorthherapie) ☐ 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 _____