

## Dr. Elke Plein-Jakobs

Zahnärztin für Kieferorthopädie B.R.D.

## Dr. Dr. Wolfgang Jakobs

Arzt, Zahnarzt für Oralchirurgie

15, rue Jean-Pierre Sauvage · L-2514 Luxembourg

Tel.: (00352) 26683666 · Fax: 26683667 · E-Mail: drjakobs@pt.lu · www.drjakobs.lu

### Anmeldung

Frl./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  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

(→ 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              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Zuckerkrankheit, Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Rheuma                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Nierenerkrankungen        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| g) Blutkrebs                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

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