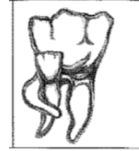


Zahnarzt U. Klemme
Berliner Str. 2
38678
Clausthal-Zellerfeld

病历单



请在诊疗前填写，并交予前台

病人
姓 名 出生日期
陪同人员
姓 名 出生日期
住址
街道 门牌号 电话
邮编 城市
医疗保险公司名称 电子邮箱
 公立保险 私立保险 混合险* 公务员保险
工作时间联系方式:

健康情况调查

您的身体有下列症状吗?

心脏

- 是 否
 心肌梗塞
 心功能衰竭
 心肌炎
 冠状动脉狭窄
 心律不齐
 心脏搭桥手术
 人工心脏瓣膜
 心脏起搏器

循环系统

- 是 否
 低血压
 高血压
 心绞痛
 血流不畅
 中风

血液系统

- 是 否
 贫血
 血友病

眼睛

- 是 否
 青光眼
 白内障

膀胱/肾脏

- 是 否
 膀胱疾病
 肾脏疾病

肝脏

- 是 否
 黄疸
 肝炎(甲/乙/丙).....
 肝透析

肌肉骨骼

- 是 否
 风湿症
 关节炎/痛风

神经系统

- 是 否
 癫痫症
 头痛/偏头痛

新陈代谢

- 是 否
 糖尿病
 甲状腺功能减退
 甲亢

您是否有以下疾病

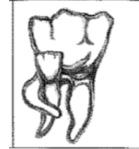
- 是 否
 皮肤病
 HIV/艾滋病/肺结核
 肿瘤

您的家庭医生是谁?.....

电话号码.....

请您继续填写背面=>

*也称 Basistarif, 私立保险的一种, 其包含公保与私保的条目。



请在诊疗前填写，并交予前台

其他重要医疗信息：

- 是 否
- 您还有上述没有提及的其他疾病吗？
如果有，是什么？
- 您有定期服药吗？
如果有，是什么？
- 你有服用稀释血液的药吗？
如果有，是什么？
- 华法林* 阿司匹林 乙酰水杨酸**
- 您定期服用含有双磷酸盐的药物吗？
- 您有克雅二氏症吗？
- 您有骨质疏松吗？
- 您对特定药物过敏吗？
如果有，是什么？
- 您有过敏史证明***吗？
- 您有心内膜炎诊断证明****吗？
- 您现在是孕妇吗？
如果是，怀孕几个月？
- 您是烟民吗？
如果是，多频繁？ 0-10 根/日 10 根以上/日
- 您吸毒么？
如果有，是什么？
- 您定期饮酒吗？
如果是，多频繁？
- 牙科钻头对您有副作用吗？
如果有，是什么？

上次您的牙齿做 X 光是什么时候？

- 是 否
- 您希望我们一年或者半年提醒您检查牙齿吗？ 通过信件 通过电子邮件
- 您对口腔预防或者专业洗牙有兴趣吗？

更多的问题

- 您希望用汞合金作为修补槽牙的填料么？
 否，不需要 可能，如果有意义 是，只要可能
- 您希望用与牙齿颜色相近的复合材料作为修补槽牙的填料么？
 是，一定要 必要时，我会考虑 不，这对我来说不重要

如果您有一些问题不会回答，请在诊疗前跟我们联系。

我们会为您的问卷内容保密。

Clausthal-Zellerfeld, den.....

签名.....

* Marcumar, 德国的一种稀释血液浓度的药物
** 也称 ASS 100
*** Allergiepass, 德国特有的过敏证明
**** Endokarditis Pass, 德国特有心内膜炎证明