



NAME _____ TELEFON _____
VORNAME _____ BERUF _____
GEBURTSDATUM _____ ARBEITGEBER _____
STRASSE _____ KRANKENKASSE _____
WOHNORT _____ ZUSATZVERSICHERUNG/BEIHILFE _____
EMAIL _____ bei Kindern, mitversichert bei _____

Im Rahmen einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Alle Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht!**

Bitte beachten Sie die beiliegenden/ausgehängten Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Haben oder hatten sie eine der folgenden Erkrankungen:

- Allergie :..... JA
welche?:.....
Allergiepäss:..... JA
Atemwegserkrankung:..... JA
Blutgerinnungsstörung:..... JA
Schlaganfall:..... JA
Diabetes:..... JA
Anfallsleiden(Epilepsie):..... JA
Grüner Star:..... JA
Schilddrüsenerkrankung:..... JA
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:... JA
- Erhöhter Blutdruck: JA
Niedriger Blutdruck: JA
Durchblutungsstörungen: JA
Herzschwäche: JA
Herzinfarkt (Bypass, Stent): JA
Herzrhythmusstörungen: JA
Herzschrittmacher: JA
Herzklappenerkrankung: JA
Herzklappenersatz: JA

- Infektionskrankheiten(Hepatitis, TBC, HIV).. JA
Lebererkrankungen:..... JA
Magen-Darm-Erkrankungen:..... JA
Nierenerkrankungen:..... JA
Rheumaerkrankungen:..... JA
Osteoporose:..... JA
Tumorerkrankungen:..... JA

Wünschen Sie gezielte Beratung über:

- Professionelle Zahnreinigung
Vollkeramikkonstruktionen (CEREC®)
Amalgamsanierung
Implantate
Zahnersatz
Kieferorthopädie
Spannungskopfschmerz/Migräne
Chronische Schmerzen und
Bewegungseinschränkung in
Schulter / HWS
Schnarchen

Wünschen Sie unseren Service der Terminerinnerung (Recall)?

- Telefon E-Mail
 jährliche Vorsorgeuntersuchung
 Professionelle Zahnreinigung
 jährlich halbjährlich

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?:..... JA In welchem Monat? _____

Name ihres Hausarztes: _____

**Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich ihr Gesundheitszustand verändert hat!
Medikamente und Betäubungsspritzen können ihre Reaktionstüchtigkeit im
Straßenverkehr beeinträchtigen!**

Datum: _____

Unterschrift: _____