

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

geb. am: _____

E-Mail: _____

Versichert bei: _____

Bei **familienversicherten** bitte den **Versicherten** angeben Name: _____ geb. am: _____

Telefon (privat): tagsüber erreichbar unter:

Beruf/ Arbeitgeber: Hausarzt: Name:

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck: ja nein
- Niedriger Blutdruck: ja nein
- Herzklappenfehler: ja nein
- Herzklappenersatz: ja nein
- Herzschrittmacher: ja nein
- Endokarditis: ja nein
- Herzoperation: ja nein

- Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein
- Blutgerinnungsstörungen: ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein
- Drogenabhängigkeit: ja nein
- Nervenerkrankung: ja nein
- Nierenerkrankungen: ja nein
- Ohnmachtsanfälle: ja nein
- Osteoporose: ja nein

Hochgradige Neutropenie (Verminderung von weißen Blutkörperchen-erhöhte Infektionsgefahr): ja nein

Mukoviszidose-Erkrankung (Stoffwechselkrankheit) : ja nein

- Erkrankung der Atemwege: ja nein
- Raucher: ja nein
- Schilddrüsenerkrankung : ja nein
- Rheuma/Arthritis: ja nein
- Sonstige Erkrankungen: ja nein wenn ja, welche?.....
- Organtransplantiert: ja nein
- Stammzellentransplantiert: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS: ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis: ja nein
- Tuberkulose ja nein
- MRSA(multiresistenter Staphylococcus aureus auch bekannt unter Krankenhauskeim) ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder andere durch Prionen verursachte Krankheiten: ja nein
- sonstige Infektionskrankheiten : ja nein wenn ja, welche?.....

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen: ja nein
- Antibiotika: ja nein
- Schmerzmittel: ja nein
- Sonstige Unverträglichkeiten:.....

Für unsere weiblichen Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Für Neupatienten: Sind bei Ihnen im letzten halben Jahr bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ja nein

Wann fand Ihre letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? _____

Schnarchen Sie? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit

Wichtig! Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?

Bitte angeben oder Medikamentenliste beifügen

.....
.....
.....

Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, geben Sie diese bitte an: _____

Ihre Daten müssen in unser Computersystem eingepflegt werden. Daher bitten wir Sie Folgendes mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Die Informationen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung habe ich erhalten. Über alle Änderungen, (z. B. Adresse, Telefonnummer, Medikamente, etc.) die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben gebe ich Mitteilung.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. vor dem vereinbarten Termin rechtzeitig abzusagen. Die Ausfallzeit bei nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagten Terminen kann in Rechnung gestellt werden. Es können jederzeit Nachrichten auf unserem Anrufbeantworter hinterlassen werden.

Ich bin darüber informiert, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt, bzw. eine Anzahlung erhoben wird.

....., den..... Unterschrift

Ort Datum

aktualisiert am:

....., den..... Unterschrift

....., den..... Unterschrift