

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Für einen sicheren Behandlungsablauf möchten wir Sie bitten uns ein paar Angaben zu Ihrer Person mitzuteilen. Wenn Sie einige Fragen nicht eindeutig beantworten können oder falls Sie noch Angaben machen möchten, die nicht angeführt sind, sprechen Sie uns unbedingt darauf an. Die Vollständigkeit Ihrer Angaben soll mögliche Komplikationen

reduzieren und ermöglicht eine individuelle Behandlungsplanung. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen elektronisch gespeichert.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____ Arbeit _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ selbst versichert familienversichert Beihilfe Basistarif

Name des Versicherten und Anschrift _____ Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Besteht geteiltes Sorgerecht Ja nein Falls Ja : Name und Anschrift _____

Wer ist ihr behandelnder Zahnarzt _____

Leiden Sie unter	ja	nein	Wenn ja, Beschreibung, ggf. Datum
-Erkrankungen der Atemwege? <i>(z.B. chron. Bronchitis, Asthma)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems? <i>(z.B. Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Bluthochdruck)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-Stoffwechselstörungen? <i>(z.B. Schilddrüsenfehlfunktion)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-Diabetes Mellitus? <i>(Zuckerkrankheit)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-einer Tumorerkrankung? <i>(auch zurückliegend)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-Chronischen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? <i>(z.B. chronische Gastritis, M. Crohn)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-einer Blutungsneigung? <i>(z.B. Hämophilie, v.W.J.-Syndrom)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-einer Infektionskrankheit? <i>(z.B. HIV, Hepatitis)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? <i>(z.B. Marcumar, Falithrom, ASS, Plavix, Xarelto o.a.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie sonstige Medikamente dauerhaft oder aktuell ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente für den Knochenstoffwechsel ein? <i>(z.B. Bisphosphonate, Zometa)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten auf Medikamente bekannt? <i>(z.B. Penicillin)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sind bei Ihnen sonstige Allergien bekannt? <i>(z.B. Pflaster)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leiden Sie an anderen Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Datum

Unterschrift