

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein O - A O - B O - C
 Tuberkulose Ja Nein
 andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein Wenn ja, welche: _____
 Schmerzmittel Ja Nein Wenn ja, welche: _____
 Antibiotika Ja Nein Wenn ja, welche: _____
 Metalle Ja Nein Wenn ja, welche: _____
 andere Allergien Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Weitere Erkrankungen:

Osteoporose Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankung Ja Nein Art: _____
 Nervenerkrankung Ja Nein Art: _____
 Ohnmachtsanfälle Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein Typ: _____
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Grüner Star Ja Nein
 Tumorerkrankung Ja Nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein
 Sonstige Erkrankungen _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
 Raucher Ja Nein Wenn ja: Gelegentlich / 0-10 / über 10 Zig./Tag
 Zahnimplantat vorhanden Ja Nein

Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenbilder gemacht? Ja Nein Datum: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein Monat: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
 Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Antidepressiva? Ja Nein Seit _____
 Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein Seit _____
 Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? Ja Nein Seit _____
 Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? Ja Nein Seit _____
 Nehmen Sie hochdosierte Steroide / Immunsuppressiva? Ja Nein Seit _____
 Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Ja Nein Jahr _____

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer oder eine Vorsorgevollmacht? Ja Nein

Wenn ja, Betreuung durch _____
 (Bitte Kopie des Betreuungsausweises vorlegen)

Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft? Ja Nein Pflegegrad (0-5): _____
 (Bitte Nachweis vorlegen)

Bestehen motorische Einschränkungen? Ja Nein

Ich komme in die Praxis auf Empfehlung von: _____

Ich möchte per Brief an die Vorsorgeuntersuchung und professionelle Zahnreinigung erinnert werden Ja Nein

Ich möchte am Vortag per SMS an meine Termine erinnert werden Ja Nein
(Bitte Handynummer auf der 1. Seite angeben)

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer einsehbar.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, 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 Auskunftsei eingeholt wird.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen habe und die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter