



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie medizinisch bestmöglich betreuen zu können, ist es wichtig, dass Sie uns einige Informationen geben und die folgenden Fragen genau beantworten. Ihre Röntgenbilder geben Sie bitte am Empfang ab.

Name
Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ / Wohnort
Telefon mobil & privat
Telefon geschäftlich
E-Mail-Adresse
Beruf

Krankenkasse
Hausarzt
empfohlen von
Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist Versicherter?
Name
Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ / Wohnort

Haben sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja  Nein

**Bestehen gesundheitliche Risiken?**

**Herz- / Kreislaufkrankungen**

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzoperation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Leukämie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Organtransplantiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Infektiöse Erkrankungen**

HIV-Infektion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung / Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
ausgeheilt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere Infektionskrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche		

Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes / Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Drogenabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporoseerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Raucher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma / Arthritis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche		

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten gegen**

Lokalanästhesie / Spritzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Metalle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche		

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann? Ja  Nein  Monat, Jahr

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate / Medikamente gegen Osteoporose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? Ja  Nein  Monat

Ich verpflichte mich im eigenen Interesse, 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 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.