

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

Anschrift: .....

Tel. Festnetz: ..... Tel. mobil: .....

E-Mail: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

Krankenkasse/Versicherung: .....

Mitversichert bei (Angabe bei Kindern): .....

**Weshalb kommen Sie jetzt zur Behandlung?** .....Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter Betäubung?  ja  nein*Wir weisen darauf hin, dass nach einer Betäubung Fahruntüchtigkeit besteht.*Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**Hatten Sie jemals oder haben Sie:**Allergien (Penicillin, Jod, Nickel, Pollen usw.), Überempfindlichkeiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass? Bitte vorlegen.

Ungewöhnlich lange Wundblutungen? Bluterkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Herz- oder Kreislauferkrankungen (Infarkt, Angina pectoris, veränderter Blutdruck)?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Wenn ja, haben Sie einen Herzpass? Bitte vorlegen.

Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Tuberkulose, Syphilis oder HIV (AIDS)?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Diabetes?  ja  neinLungenerkrankungen? Wenn ja, welche? .....  ja  neinSchilddrüsenerkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Psychische oder neurologische Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?  ja  neinRauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel am Tag? .....  ja  neinSonstige Erkrankungen zur Zeit?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Wurden Ihre Zähne innerhalb des letzten Jahres geröntgt?  ja  neinBesteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? .....  ja  nein

Bitte informieren Sie uns vor der Behandlung, wenn sich zwischenzeitlich eine wesentliche Veränderung Ihres Gesundheitszustandes ergeben hat. Hierzu zählen vor allem Infektionskrankheiten, insbesondere Aids, Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose u. a.

Ich möchte im Abstand von 6 Monaten an eine zahnärztliche Untersuchung erinnert werden.

 ja, per E-Mail  ja, per Brief  nein**Wünschen Sie eine Beratung bezüglich:**Aufhellen der Zähne (Bleaching)?  ja  neinLaserbehandlung (z. B. bei Parodontitis, Wurzelkanalbehandlung, Herpes, Aphthen)?  ja  neinDigitale Zahnersatzherstellung (ohne Abdrücke)?  ja  nein

Schildow am ..... Unterschrift .....

Alle Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.