

Familienname	Straße/Hausnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	PLZ/Wohnort	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (privat)*	E-Mail*	ggf. Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)* <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer (mobil)*	Beruf*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ggf. gesetzlicher Vertreter (Name & Adresse)		Geburtsdatum gesetzlicher Vertreter
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Versichertenstatus	Name der Krankenkasse	Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*) Diese Angaben sind freiwillig

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Krankheitsbilder an:

Herz-/Kreislaufkrankungen

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

Immunsupprimierte Patienten

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hochgradige Neutropenie | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Organtransplantiert | <input type="checkbox"/> Stammzellentransplantiert |
|--|---|--|--|

Infektiöse Erkrankungen

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion/Stadium AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige bakterielle / virale Erkrankungen? _____ | | | |

Sonstige Krankheitsbilder

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose Erkrankung | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | | | |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- Lokalanästhesie/Spritzen Antibiotika Schmerzmittel
 Metalle/welche: _____ Sonstige Allergien? _____

Einnahme von Medikamenten

- Welche Medikamente? _____ Seit: _____
Weitere Medikamente? _____ Seit: _____
Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente eingenommen? Nein Ja Abgesetzt am: _____
Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein Ja, seit: _____ Abgesetzt am: _____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Nein Ja, seit: _____
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? Nein Ja, seit: _____
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? Nein Ja, seit: _____
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? Nein Ja, seit: _____
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? Nein Ja, seit: _____

Röntgen

- Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein

Sonstiges

- Besteht eine Schwangerschaft? Ja, Monat: _____ Nein
Sind/ Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Ja, seit: _____ Nein
Wünschen Sie eine örtliche Betäubung für die Zahnbehandlung? Ja Nein
Ich bin mit der Farbe meiner Zähne zufrieden Ja Nein
Ich bin mit der Stellung meiner Zähne zufrieden Ja Nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Familie/Freunde/Bekannte Internet
 Sonstiges: _____
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ja Nein

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 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift