

Name, Vorname
Geburtsdatum
Adresse:

Beruf:
Festnetznummer:
Handynummer:
E-Mail:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet: .....  Telefonbuch  im Vorbeigehen  persönliche Empfehlung durch.....  .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!  
Ihre Angaben können für Ihre Zahnbehandlung sehr wichtig sein und werden streng vertraulich behandelt.**

**Haben Sie eine ALLERGIE gegen:**

- Latex  ja  nein  
 Spritzen/Lokalanästhesie (Ultracain)  ja  nein  
 Antibiotika (Penicillin, Clindamycin, Tetracyclin)  ja  nein  
 Schmerzmittel (Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol)  ja  nein  
 Metalle: .....

**Bluten Sie bei leicht oder länger?**

- ja  nein  
**Sind Sie Raucher?**  ja  nein  selten  
**Könnten Sie schwanger sein?**  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

**Wann wurden von Ihren Zähnen Röntgenbilder gemacht?**

- vor ein paar Tagen  vor Monaten  vor Jahren  noch nie

Lebensmittel: .....  
 ANDERE ALLERGIEN: .....

**Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler/-ersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein  
 Endokarditisrisiko  ja  nein

**Augendruck/grüner Star/Glaukom**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Infektionskrankheit (z.B.MRSA)  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

**Allgemeine Erkrankungen:**

- Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
 Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
 Blutkrankheit  ja  nein  
**Blutgerinnungsstörung**  ja  nein  
 Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
 (frühere) Alkoholabhängigkeit  ja  nein  
 (frühere) Drogenabhängigkeit  ja  nein  
 Nervenerkrankung  ja  nein  
 Nierenerkrankung  ja  nein  
 Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Rheuma/Arthritis  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Organ-/Stammzelltransplantiert  ja  nein

**Andere Erkrankung:**

- ja  nein Wenn ja, welche? .....

**Nehmen Sie momentan regelmäßig MEDIKAMENTE ein?**

- ja  nein

**Haben Sie früher mal regelmäßig Medikamente eingenommen?**

- ja  nein

Name des Medikaments:	Wogegen/Wofür:
<input type="checkbox"/> Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Heparin, Clopidogrel, Xarelto):	
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	
<input type="checkbox"/> Cortison:	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	
<input type="checkbox"/> Andere:	

**Werden Sie wegen Osteoporose behandelt?**

- ja  nein

**Haben Sie schon einmal Bisphosphonate eingenommen? (z.B. Zometa, Actonel, Alendronat, Diphos)**

- ja  nein

**Haben Sie schon einmal eine Bestrahlung am Kopf/Hals bekommen?**

- ja  nein

**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**

- ja  nein

Wann und Was? .....

**Haben Sie ein künstliches Gelenk oder eine Endoprothese?**

- ja  nein

Seit wann? .....

Möchten Sie in Zukunft regelmäßig an anstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?

- ja  nein  Telefon  SMS  WhatsApp  E-Mail

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Desweiteren 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.

....., den .....

Unterschrift: .....