



Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluß auf die (zahn)ärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Mit der elektronischen Speicherung Ihrer Daten sind Sie einverstanden.

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Hauptversicherter:

Geb.-Datum:

Straße:

Telefon:

PLZ, Ort:

Krankenkasse:

Überweisender
Arzt/Zahnarzt:

ja nein

Leiden Sie unter:

ja nein

Neigen Sie zur Ohnmacht?

- Tumorerkrankungen (Krebs)

Haben Sie zu hohen /zu niedrigen Blutdruck?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?

- Blutgerinnungsstörung

Haben Sie **Herzerkrankungen**?

- Augenerkrankungen

wenn ja, welche? (Infarkt, Bypass etc.)

- Schilddrüsenerkrankungen

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

- Lebererkrankungen (z.B: Hepatitis)

Haben Sie einen **Schlaganfall** erlitten?

- Nierenerkrankung

Nehmen Sie **Blutverdünner** (ASS, Marcumar)?

- Atemwegserkrankungen

Falls Sie Blutverdünner nehmen, nennen Sie uns bitte
Namen und Tel. Nr. Ihres Hausarztes:

- Magen-Darm-Erkrankungen

- Nervenerkrankungen

- Anfallsleiden (Epilepsie)

- Immunschwäche (HIV positiv)

- Osteoporose

- sonstige Erkrankungen (z.B. Migräne)?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, wogegen (z.B. Medikamente)

ja nein

Haben Sie Probleme

bei örtlichen Betäubungen?

Bluten Sie sehr lange bei Verletzungen?

Für Patientinnen: Sind Sie **schwanger**?

Möchten Sie eine Terminerinnerung per E-mail erhalten?

ja nein

E-mail-Adresse:

Sie können Ihre Einwilligung in die Terminerinnerung per E-mail jederzeit widerrufen. Die Verwendung Ihrer E-mail Adresse bleibt bis zum Zeitpunkt des Eingangs Ihres Widerrufs rechtmäßig.

Termine reservieren wir exklusiv für Sie. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Std. vorher ab. Ggfs. müsste sonst eine Rechnungsstellung erfolgen.

Datum: _____

Unterschrift: _____