

Bevor wir uns über Ihre Zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir noch einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung.  
 Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Patient:** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied:** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
 (mit Versichert bei:)

**Anschrift:** Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Telefon:** Handy \_\_\_\_\_ Privat \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** 1  2  3  4  5  **Eingliederungshilfe:**

**Leiden/Litten Sie an einer Herzerkrankungen:** \_\_\_\_\_  ja  nein

Herzschrittmacher  Künstliche Herzklappe  
 Endokarditis  Herz Pass

**Kreislauf-erkrankungen:** zu  hoher  niedriger Blutdruck  ja  nein

Einnahme v. gerinnungshemmenden Medikamenten  ja  nein  
 ASS  Falithrom  Plavix

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein  
 Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Haben/ Hatten Sie Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?  ja  nein  
 Wenn ja, was: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-erkrankungen :** Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein  
 Magen-Darmerkrankung  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

**Infektionskrank-heiten:** Leberentzündung/Gelbsucht  ja  nein  
 Hepatitis  A  B  C

Tuberkulose  ja  nein  
 Chronische Erkrankung d. Atemwege, Husten etc.  ja  nein  
 HIV Positiv  ja  nein

**Erkrankung des Bewegungsapparates:** Rheuma  ja  nein  
 Arthrose / Arthritis  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein

**Augenerkrankungen:** grauer Star ja nein  
grüner Star ja nein

**Vegetative** Ohnmachtsanfälle ja nein  
**Erkrankung:** Einnahme v. Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

**Erkrankungen d.** Epileptische Anfälle /Krämpfe ja nein  
**Nervensystems :** Depressionen ja nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allergie gegen:** (Medikamente, Werkstoffe, Lebensmittel)

\_\_\_\_\_

**Nierenerkrankung:** \_\_\_\_\_

Dialysepflicht: ja nein

**Medikamente:** Nehmen Sie Medikamente ein: ja nein  
Wenn ja – Welche? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Drogeneinnahme: \_\_\_\_\_ ja nein

Übermäßiger Alkoholkonsum: ja nein

**Weitere Angaben:** Schwangerschaft: wenn ja – welcher Monat: \_\_\_\_\_ ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Künstliche Gelenke ja nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass wir der Ärztlichen Schweigepflicht unterliegen! Änderungen zu meinen Angaben werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.**

Wir führen eine Bestell-Praxis und sind sehr bemüht, kaum Wartezeiten entstehen zu lassen. Bitte lassen auch Sie uns nicht warten, denn wir bereiten uns gut auf Ihre Behandlung vor und blockieren Ihren ganz persönlichen Termin. Auf Grundlage von § 615 BGB berechnen wir bei unentschuldigten Nichterscheinen ein angemessenes Ausfall-Honorar ( Absage des Termins mindestens mit 24 – Stunden – Frist ).

**Einverständnis zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten nach Art.9 Abs.2 DSGVO.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte nach dem Ausfüllen wieder zurück an die Rezeption bringen! Vielen Dank!