

**Sehr geehrte Patienten/innen,**

damit wir Ihre Behandlung ohne Komplikationen durchführen können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Straße, Hausnr.:
 PLZ, Ort:
 Telefon:
 Telefon mobil: E-Mail:

Versichert über wie oben

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Straße, Hausnr.:
 PLZ, Ort:
 Telefon:
 Telefon mobil: E-Mail:

Allgemeine Gesundheit

Ich leide oder litt an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hohem Blutdruck | <input type="radio"/> Niedrigem Blutdruck |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen | <input type="radio"/> Epilepsie/Anfallserkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Lebererkrankung (Hepatitis)/Gelbsucht |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung/Asthma | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B oder C, HIV, Tuberkulose, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) |

Herzerkrankung Folgende:

Allergien Folgende:

Tumorerkrankungen im Hals-/Kopfbereich

Ich bekomme oder bekam Bisphosphonate oder monoklonale Antikörper.
 (Auch Diphosphonate = spezielle Medikamente zur Behandlung von Osteoporose und/oder Tumorerkrankungen)

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein. Folgende:

Ich bin Raucher/in? Zigaretten pro Tag:

Bei Patientinnen:

Ich bin schwanger/Ich bin eventuell schwanger Woche:

Bitte informieren Sie uns umgehend, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Sonstiges:

Zahn-, Mund- und Kiefersituation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Ich leide oder litt an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
- Schmerzen im Kopf/Nacken
- Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk
- Ich bin mit der Stellung, Farbe und/oder Form meiner Zähne unzufrieden

Meine besonderen Wünsche

Für Neupatienten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Freiwillige Angabe)

Internet Anzeige

Empfehlung durch:

Sonstiges:

Mit der Weitergabe meiner Daten an Fachkollegen bin ich einverstanden. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Datum, Ort:

Unterschrift: