

Patient: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____
 Straße/Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon-Nr.: _____
 Privat _____ Handy _____ Geschäftlich _____

Krankenkasse: _____ Private Zusatzversicherung: _____

Hausarzt: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

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.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein
- Hochgradige Neutropenie** ja nein
- Künstliche Gelenke** ja nein
- Organtransplantiert** ja nein
- Stammzellentransplantiert** ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

- ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen** ja nein
- Blutgerinnungsstörungen** ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit** ja nein
- Drogenabhängigkeit** ja nein
- Nervenerkrankung** ja nein
- Nierenerkrankungen** ja nein
- Osteoporoseerkrankung** ja nein
- Raucher** ja nein
- Rheuma/Arthritis** ja nein
- Schilddrüsenerkrankung** ja nein
- Sonstige Erkrankungen:** ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle:
- Andere:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
 Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... seit

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein Datum:

Waren Sie die letzten 5 - 10 Jahre regelmäßig beim Zahnarzt?

5 10 Jahre Bitte Bonusheft vorlegen!

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

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.

....., den

Unterschrift: