



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. Privat _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Mitglied (wenn Sie es nicht selbst sind)

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Nr. _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse:

Privat versichert

gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Wer ist Ihr Hausarzt:

Name _____

Ort _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrömmacher

Ja Nein

Oder ähnliches:

Infektionserkrankungen:

HIV

Ja Nein

Hepatitis bitte ankreuzen (A) (B) (C)

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Creutzfeld-Jakob-Krankheit?

Ja Nein

Andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika

Ja Nein

Schmerzmittel

Ja Nein

Antibiotika

Ja Nein

Andere:

Bitte umblättern



Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Depressionen Ja Nein
- Krebs Ja Nein

Sonstiges

Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein

(z.B. Antidepressiva, Cortison, Bisphosphonate, Alendronsäure, Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Xarelto)

Wenn ja, welche? _____

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Organisatorisches

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab, da sonst eine Ausfallgebühr von 100€/Stunde anfällt.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Datum

Unterschrift