

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Bitte füllen Sie im Interesse Ihrer Behandlung diesen Bogen vollständig aus.

Sämtliche Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns umgehend über künftige und ergänzende Änderungen der nachfolgend gemachten Angaben:

Name, Vorname Patient \_\_\_\_\_ geb. Datum / Ort \_\_\_\_\_

Name, Vorname Versicherter \_\_\_\_\_ geb. Datum \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

☎ tagsüber \_\_\_\_\_ ☎ privat / ggf. E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte im Notfall informieren: Name, Telefon \_\_\_\_\_

Versicherung / Krankenkasse \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung?  ja  nein

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Medizinische Befunderhebung

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzerkrankung  ja  nein  
Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenerkrankung  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis-Prophylaxe  ja  nein  
Kreislaufkrankungen  ja  nein

#### Infektions- und andere Erkrankungen

Immunschwäche HIV (+)  ja  nein  
Autoimmun-Erkrankung  ja  nein  
Multiple Sklerose  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Diabetes Mellitus  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Lungenerkrankung  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Grauer Star  ja  nein

Sonstige Infektionskrankheiten, **sonstige** Erkrankungen  ja  nein / wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein wenn ja, wie viel Stück pro Tag: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wir führen unsere Praxis nach einem Bestellsystem. Diesen erfolgreichen Service können wir nur erhalten, wenn Sie Ihre Termine pünktlich wahrnehmen.

**Im Falle einer Verhinderung verpflichten Sie sich uns sofort zu informieren, jedoch mindestens 24 Stunden vor dem Termin innerhalb unserer Öffnungszeiten. Ansonsten behalten wir uns vor, die entstandene Ausfallzeit in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Merkblatt gelesen und verstanden habe, und dass ich Gelegenheit hatte

Fragen zu meiner näheren Information zu stellen.

Ich verpflichte mich Änderungen meinem Zahnarzt umgehend mitzuteilen.

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach einer Anästhesie (Betäubung) beeinträchtigt ist und Sie keine Fahrzeuge und Maschinen bedienen können bis die Wirkung nachgelassen hat!**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_