

Patient, Name: _____

Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Telefon: _____

Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlungsplanung haben. Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen und Ihre Medikamente sehr sorgfältig an.

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

bei Neupatienten Name des ehemaligen Zahnarztes: _____

	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	☐	☐
unregelmäßiger Herzschlag	☐	☐
Angina pectoris	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Zu hoher Blutdruck	☐	☐
Zu niedriger Blutdruck	☐	☐
Herzinfarkt, wenn ja wann? _____	☐	☐
Ohnmachtsanfälle, Epilepsie	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen _____	☐	☐
Erkrankung des Blutsystems, erhöhte Blutungsneigung, Blutverdünner	☐	☐
Medikamente, wenn ja welche? _____	☐	☐

Allergien, wenn ja welche? _____	☐	☐

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
Aids, HIV positiv	☐	☐
Erkrankungen des Immunsystems, wenn ja welche? _____	☐	☐
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörung bzw. in der Vergangenheit, z. B. Bisphosphonate?	☐	☐
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐
Raucher, wenn ja wieviele täglich? _____	☐	☐
Schwanger, wenn ja welcher Monat? _____	☐	☐
Besitzen Sie einen Pflegegrad?	☐	☐
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	☐	☐

Da wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, die vereinbarten Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig.

Bei kurzfristiger Absage oder Versäumnis von Behandlungsterminen kann eine Ausfallgebühr in Höhe von ca. 100€ anfallen.

Datum, Unterschrift _____