

Name:

Hausarzt*:

Vorname:

Anschrift*:

Anschrift:

.....

geb. am:

Beruf*:.....

bei Minderjährigen mitversichert bei: geb. am:

E-Mail*: Telefon (privat)*: (Mobil)*:

Name der Krankenkasse: nur bei Privatversicherte: Beihilfe berechtigt: Ja..... Nein.... Basistarif:.....

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. „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

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
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

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

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

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

Anfallsleiden (Epilepsie)

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

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

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

Welche Medikamente nehmen Sie ?.....

- 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:

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 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten sowie bei Bedarf der Weiterleitung meiner Röntgenbilder per Email an den weiterbehandelnden Zahnarzt/Arzt, einverstanden.

....., den Unterschrift:

* freiwillige Angabe