

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Für Ihre Behandlung können eventuell vorhandene oder durchgemachte Allgemein-Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne.

Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Straße		PLZ, Wohnort
Telefon/E-Mail	Privat	Mobil	E-Mail
Versicherung/ Krankenkasse			Zusatzversicherung

Name behandelnder Hausarzt \_\_\_\_\_

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein  
 Niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein  
 Herzerkrankungen, wenn ja welche ☐ ja ☐ nein

## Infektionskrankheiten

AIDS (HIV-Infektion) ☐ ja ☐ nein  
 Leberentzündung/Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C  
 Tuberkulose ☐ ja ☐ nein  
 Chron. Erkrankungen der Atemwege ☐ ja ☐ nein

## Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ ja ☐ nein  
 Schilddrüsenerkrankungen ☐ ja ☐ nein

## Weitere Erkrankungen

Asthma ☐ ja ☐ nein  
 Rheuma ☐ ja ☐ nein

## Allergien

Lokalanästhetika ☐ ja ☐ nein  
 Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein  
 Antibiotika ☐ ja ☐ nein  
 Andere, wenn ja welche ☐ ja ☐ nein

## Medikamente

Medikamente zur Blutverdünnung ☐ ja ☐ nein  
 Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ☐ ja ☐ nein  
 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Haben Sie Künstliche Gelenke? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welche Woche? \_\_\_\_\_ Woche

Besitzen Sie ein Bonusheft, wenn ja bitte vorlegen? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns per E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

## Verschwiegenheitserklärung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten an weiter- behandelnde Zahnärzte, Kieferchirurgen und Krankenkassen ☐ ja ☐ nein übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten 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 oder möglichst 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können (§615 Satz BGB, §287 ZPO). Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,01%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und / oder Zunge verbunden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_