



PATIENT

Vor- / Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort Geburtsdatum

Krankenversicherung

☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ beihilfeberechtigt

Telefon Handy

E-Mail Beruf

HAUPTVERSICHERTER

Vor- / Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort Geburtsdatum

HAUSARZT

Name Telefon

HERZ- / KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja ☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja ☐ nein
Herzschritmacher	☐ ja ☐ nein
Endokarditis (Herzinnenhauterkrankung)	☐ ja ☐ nein
Herzoperation	☐ ja ☐ nein
Neutropenie (Verminderung der Granulozyten)	☐ ja ☐ nein
Mukoviszidose (Stoffwechselerkrankung)	☐ ja ☐ nein
organtransplantiert	☐ ja ☐ nein
stammzellentransplantiert	☐ ja ☐ nein

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

HIV-Infektion / Stadium AIDS	☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung / Hepatitis	☐ ja ☐ nein
Tuberkulose	☐ ja ☐ nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)	☐ ja ☐ nein
Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)	☐ ja ☐ nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

Epilepsie (Anfallsleiden)	☐ ja ☐ nein
Asthma / Lungenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja ☐ nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	☐ ja ☐ nein
Rheuma / Arthritis	☐ ja ☐ nein
Osteoporose	☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja ☐ nein

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Lokalanästhesie / Spritzen	☐ ja ☐ nein
Antibiotika	☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja ☐ nein
Metalle	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?	

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

Bisphosphonate (für Osteoporose)	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, seit wann	
Hoch dosierte Steroide (Bodybuilder)	☐ ja ☐ nein
Immunsuppressiva (nach Organtransplantation)	☐ ja ☐ nein
Medikamentöse Chemotherapie	☐ ja ☐ nein
Strahlentherapie bei Krebserkrankung	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig sonstige Medikamente ein?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche und seit wann?	☐ ja ☐ nein

SONSTIGES

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann? Monat / Jahr:	
Sind Sie Raucher?	☐ ja ☐ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat?	

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. ☐ ja ☐ nein

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 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. ☐ ja ☐ nein

Bollschweil, den Unterschrift