

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift: Straße _____ Nr. _____ Tel. _____

PLZ _____ Ort _____

Email _____ Handynummer _____

Mitglied: Name _____ Vorname _____ geb. _____

Zahlungspflichtiger

Straße _____ Nr. _____ Tel. _____

PLZ _____ Ort _____

Name der Krankenkasse: _____
 Pflichtversichert Private Zusatzversicherung
 Freiwillig versichert
 Basistarif

Beruf des Mitgliedes: _____ Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: Straße _____ Ort _____ Tel. _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck ja nein
 Herzklappenfehler ja nein
 Herzklappenersatz ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Endokarditis ja nein
 Herzoperation ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein

Drogenabhängigkeit: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

Ohnmachtsanfälle: ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS ja nein
 Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
Anfallsleiden(Epilepsie) ja nein

Asthma/Lungenerkrankung: ja nein

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

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

Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? _____ seit _____

_____ seit _____

Hausarzt : _____

Ich wünsche „Recall“, das heißt ich werde in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert.

ja, ich möchte alle 3 Monate erinnert werden.

ja, ich möchte alle 6 Monate erinnert werden.

nein, ich möchte nicht erinnert werden.

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.

Desweiteren 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 bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem

Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Bitte Blatt wenden !

Mannheim, den _____

Unterschrift _____