Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und füllen alle Felder gewissenhaft aus.

Name: ………………………………………. Vorname: …………………………… Geb.-Datum u. -Ort: ………………………………………………………..

Adresse: …………………………………………………………………………………...................................................................................................

Beruf: ……………………………………… Tel.-Nr.: ………………………………..Mobil-Nr.: ………………………………………………………………………..

Versicherter(Name, Vorname): ……………………………………………………………… Geb.-Datum:…………………………………………………………

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort): …………………………………………………… email: ………………………………………………………………………..

An welchen **allgemeinen Erkrankungen** leiden Sie?

 Herzerkrankungen(z.B. Infarkt): …………………………………………………………………………………………......................................

 Kreislauferkrankungen(z.B. Bluthochdruck): ……………………………………………………………………………………………………………

 Stoffwechselerkrankungen(z.B. Diabetes): ………………………………………………………………………………………………………………

 Atemwegserkrankungen: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis C, Tuberkulose, MRSA): ………………………………………………………………………

 Andere(z.B. akutes Fieber, Schlaganfall, Krebs, Epilepsie oder Glaukom): ……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Allergien** (z.B. Penicillin, Iod, Pflaster, Latex): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besitzen Sie einen Allergiepass? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Medikamente**, die Sie **regelmäßig** nehmen: ………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen(z.B. ASS, Marcumar)?………………………………………………………….

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?....................................................................................................................................

Werden oder wurden Mittel gegen Osteoporose eingenommen, sog. Bisphosphonate? ……………………………………………………….

Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viel pro Tag? ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? …………………………………………………………………………………………………………………….

Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt? ……………………………………………………………………………………………………………………………

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche SSW? ………………………………………………………………………………………………………………………….

Schnarchen Sie oder knirschen Sie nachts? Haben Sie Nackenschmerzen?..................................................................................

Haben Sie Furcht vor der zahnärztlichen Behandlung? Wovor genau? …………………………………………….......................................

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ………………………………………………………………………………………………………………………..

Möchten Sie regelmäßig per Post an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ………………………………………

Sind Sie an unserem newsletter interessiert? ………………………………………………………………………………………………………………………….

Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Datum, Unterschrift des Patienten/Versicherten/Erziehungsberechtigten