

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ

Wohnort

E-Mail

Telefonnummer (mobil)

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des europäischen Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Kreuzen Sie das Zutreffende an.

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektiöse Erkrankungen

	ja	nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliches Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, seit:

Sonstige Krankheitsbilder

	ja	nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen

Folgendes:

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

	ja	nein
Lokalanästhesie/Spritze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Andere?		

Schwangerschaft

	ja	nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Monat:		

Röntgen

	ja	nein
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Jahr:		

Bonusheft

	ja	nein
Besitzen Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit:		

Terminreminder

	ja	nein
Halbjährliche Erinnerung an Kontroll/Propylaxe-Termine per SMS <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Medikamente

	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, folgende:		

	ja	nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen oder standen Sie in Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Nehmen Sie Steroide/Immunsuppressiva/Antidepressiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches?		

Pflegegrad

	ja	nein
Besitzen Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen Sie in einer Pflegeeinrichtung oder betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift