

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus.

Name.....Vorname (n).....
 geboren am.....Geburtsort.....
 Anschrift

Telefonnummer (Festnetz / Mobil)...../.....

E-Mail-Adresse.....@.....

Hausarzt (Name / Ort / Telefon).....

Krankenkasse oder Versicherung..... Ja Nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Wenn Sie nicht selbst Hauptversicherter Ihrer Krankenkasse sind (Familienmitglied etc.):

Hauptversicherter (Name / Vorname).....
 geboren am

Anschrift.....

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Herz-Kreislaufkrankungen | | |
| • Zustand nach Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzasthma (Angina pectoris) oder Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Endokarditis-Prophylaxe erforderlich (Endokarditis-Pass?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • niedriger Blutdruck / Ohnmacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzoperationen (Bypass, Stent) / Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zustand nach Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar©, Plavix©, Xarelto©, Eliquis©, Aspirin©)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Allergien/ Unverträglichkeiten | | |
| • gegen Penicillin / Antibiotikum..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • gegen Betäubungs-Spritzen oder Oberflächenbetäubungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • gegen Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • gegen Metalle (z.B. Nickel, Quecksilber)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • gegen Sonstiges..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Infektionskrankheiten | | |
| • Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leberentzündung (Hepatitis A <input type="checkbox"/> , B <input type="checkbox"/> oder C <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Immunstatus HIV+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • MRSA Keime (multiresistente Krankenhauskeime) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bluterkrankungen | | |
| • Blutungsneigung / Störung der Blutgerinnung / Blutarmut (Eisenmangel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leukämie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tablettenpflichtig <input type="checkbox"/> | | |
| • Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Anfallsleiden, Krämpfe, Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

bitte wenden ->

	Ja	Nein
7. Nierenerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schilddrüsenerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Osteoporose evtl. mit Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lungenerkrankungen		
• Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sonstige Erkrankungen/ Operationen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Erhalten Sie zur Zeit Spritzen oder Infusionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind Sie wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind in den letzten 6 Monaten <u>zahnärztliche</u> Röntgenaufnahmen bei Ihnen gemacht worden? Wann und von wem?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Möchten Sie unverbindlich an Ihren nächsten Routinetermin erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie im Bedarfsfall Interesse an Implantaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wünschen Sie eine professionelle Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie Interesse an zahnärztlicher Ästhetik (Bleichen der Zähne, Veneers, Korrektur von Zahnfehlstellungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Haben Sie Tinnitus <input type="checkbox"/> , Nackenbeschwerden <input type="checkbox"/> , Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> oder knirschen <input type="checkbox"/> u./o. pressen <input type="checkbox"/> Sie mit Ihren Zähnen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Für Frauen: momentan Schwangerschaft oder Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Angaben werden von uns vertrauensvoll behandelt, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, und - da sie auch elektronisch gespeichert werden - den strengen Bestimmungen des neuen EU-Datenschutzrechts. Sie dürfen nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben an Dritte weitergegeben werden und dienen ausschließlich dazu, unsere zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitsstatus anzupassen und Komplikationen zu vermeiden.

Ihre vereinbarten Termine sind verpflichtend. Bitte sagen Sie einen Termin 24 Stunden vorher ab, wenn Sie ihn nicht einhalten können.

Die Nichteinhaltung eines fest vereinbarten Termins kann in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige die Kenntnisnahme obiger Information und die Richtigkeit meiner Angaben.

Mannheim,
.....
(Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter)