



Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen (z.B. regelmäßige Medikamente )
Latexallergie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<u>Andere:</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<u>Welche?</u> .....
<b><u>Weitere Erkrankungen:</u></b>			
Blutgerinnungsstörungen (Blutungsneigung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Mediamente?</b>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Rheuma / rheumat. Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Ohnmachtneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<u>Andere:</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<u>Welche?</u> .....
<b><u>Allgemeine Angaben:</u></b>			
Raucher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, <input type="radio"/> 0-10 <input type="radio"/> über 10 Zig. / Tag
Alkoholgenuss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> regelmäßig
Drogenkonsum	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, Datum / Körperteile: .....
Frühere <u>Krebserkrankung</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, Welche Region: .....
Verordnete Medikamente (während und nach der Krebserkrankung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche ? ..... ..... .....
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Fühlen Sie sich tagsüber schläfrig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Wünschen Sie generell für jede Behandlung eine Betäubung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Ich wünsche eine <b>Terminreminder</b> per <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> Email / <input type="radio"/> Nein
Interessieren Sie sich für unser Prophylaxeprogramm?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	..... Datum                      Unterschrift
<b><u>Für Frauen:</u></b>			
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welcher Monat: .....
Gynäkologisch verordnete Medikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche ? ..... .....
<u>Haben Sie Kinder/Enkel unter 6 Jahren?</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

**Wichtige Informationen:**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (*Versicherungsstatuswechsel, neue Medikamente*) zu informieren.
- Wenn ich einen vereinbarten Termin nicht einhalten kann, sage ich spätestens am VORTAG ab, da mir sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§ 304, 615 BGB). Das bedeutet pro angefangene 1/2h Zahnarzt-Termin ca. 60 €, pro angefangene 1/2h Prophylaxe-Termin ca. 30 €.
- Erhalte ich wegen eines dringenden Falls (z.B. Schmerzen) einen Nottermin, so muss ich mit Wartezeit rechnen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch ruft mir das Praxisteam daher gern ein Taxi.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter/ Betreuer