



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen auf dieser und der folgenden Seite genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Name _____ **Vorname** _____ **geb.** _____

Straße _____ **PLZ** _____ **Ort** _____

Telefon _____ **Mobil** _____

E-Mail _____

Beruf _____ **Arbeitgeber** _____

gesetzlich versichert private Versicherung: _____

beihilfeberechtigt Zusatzversicherung: _____

Versicherte(r), Zahlungspflichtige(r) oder gesetzlicher Betreuer
(falls abweichend)

Name _____ **Vorname** _____ **geb.** _____

Straße _____ **PLZ** _____ **Ort** _____

Telefon _____ **Mobil** _____

Ihr Hausarzt (Patient)

Name _____ **Anschrift** _____

Ihr Zahnarzt (Patient)

Name _____ **Anschrift** _____

Sie wurden überwiesen von Ihrem

Zahnarzt Hausarzt Hautarzt _____

Bitte wenden!
↪

Bitte zutreffendes ankreuzen

Allergien: o ja o nein falls ja, welche: _____

Erkrankungen der inneren Organe:

Diabetes: o ja o nein falls ja, welche: _____

Schilddrüsenerkrankung: o ja o nein falls ja, welche: _____

Lungenerkrankung: o ja o nein falls ja, welche: _____

Magen/Darmerkrankung: o ja o nein falls ja, welche: _____

Nierenerkrankung: o ja o nein falls ja, welche: _____

Tumorerkrankung: o ja o nein falls ja, welche: _____

Chemotherapie: o ja o nein

Bestrahlung: o ja o nein

Künstliches Gelenk: o ja o nein

Herz-/Kreislaufferkrankung:

Herzschrittmacher: o ja o nein

Herzinfarkt: o ja o nein

Künstliche Herzklappe: o ja o nein

Blutdruck: o hoch o normal o niedrig

Suchterkrankung:

Rauchen: o ja o nein falls ja, Menge/Tag _____

Alkohol: o ja o nein _____

Drogen: o ja o nein _____

Infektionserkrankungen:

Hepatitis: o ja o nein

HIV: o ja o nein

Sonstige: _____

Schwangerschaft: o ja o nein

falls ja, Schwangerschaftswoche: _____

Pflegegrad: o ja o nein

falls ja, Pflegestufe: _____

Allgemeines:

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgezählt wurden:

Regelmäßige Medikamente: o keine o aktueller Medikamentenplan liegt bei

falls kein Medikamentenplan, bitte im folgenden sämtliche Medikamente auflisten:

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Therapie mit antiresorptiven Medikamenten? o ja o nein

= Medikamente mit Einfluss auf den Knochenstoffwechsel, z.B. Denosumab (Prolia®, XGeva®), Zoledronsäure (Zometa®, Aclasta®), Aledronsäure (Fosamax®)

Mir ist bekannt, dass es bei einer zahnärztlichen Lokalanästhesie („Spritze“) in sehr seltenen Fällen zu dauerhaften Gefühlsstörungen der entsprechenden Lippen/Zungen-Region kommen kann.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden elektronisch von uns gespeichert.

Wir weisen Sie darauf hin, dass für versäumte Termine eine Ausfallpauschale in Rechnung gestellt werden kann. Bitte geben Sie uns daher bei Verhinderung rechtzeitig, mind. 24 Stunden vorher Bescheid. Vielen Dank.

Für Privatpatienten: Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Erstattung Ihrer Versicherung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, Zahlungspflichtiger/Vertreter