Patientendaten:

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer(n):

E-Mail:

ausgeübter Beruf:

Wurden Sie im letzten 1/2 Jahr im Kieferbereich **geröntgt?** Ja ( ) Nein ( )

Sind Sie mit der Anfertigung notwendiger Röntgenaufnahmen vor, während und nach der Behandlung einverstanden?

Ja ( ) Nein ( )

Name des Haus**zahnarztes**:

Name des Haus**arztes**:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja ( ) Nein ( )

Weswegen?

Leiden Sie an(Zutreffendes **ankreuzen):**

( ) Herz-/Kreislaufbeschwerden
( ) Zu niedriger/hoher Blutdruck
( ) Lebererkrankung
( ) Blutkrankheit/Blutungsneigung
( ) Schlaganfall
( ) Diabetes/Zuckerkrankheit
( ) Nierenerkrankungen
( ) Magen-/Darmerkrankungen
( ) Asthma
( ) Rheuma
( ) Epilepsie
( ) MRSA
( ) Glaukom/grüner Star
( ) Schilddrüsenerkrankung
( ) Osteoporose

( ) **Infektionskrankheiten:(welche?)**
- ( ) Hepatitis
- ( ) HIV/Aids
- ( ) TBC(Tuberkulose)

( ) sonstige Erkrankungen:

Bestehen **Allergien**?
Ja ( ) Nein ( )
Welche?

Arzneimittelunverträglichkeiten?
Ja ( ) Nein ( )
Auf welche?

Blutgerinnungsstörung/**Blutungsneigung**?
Ja ( ) Nein ( )
Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?
Ja ( ) Nein ( )
Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?
Ja ( ) Nein ( )
Welche?

Alkohol? J ( ) N( ) Wieviel?

Drogen? J ( ) N ( ) Was?

Blutverdünner? J( ) N( )

Bisphosphonate? J( ) N( )

Besteht eine **Schwangerschaft**? J( ) N( )
Bestehen **Depressionen**? J( ) N( )
Haben Sie **Demenz**? J( ) N( )

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die vereinbarte Behandlungszeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Dies bedeutet, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen. Sonst kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden, nach meinem besten Wissen beantwortet und garantiere für die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter:

kiefer chirurgie gera / greiz / altenburg