

Im Interesse Ihrer Gesundheit bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.
Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Ort: _____
Telefon privat: _____
Krankenkasse: _____
Beruf/ Arbeitgeber: _____
E-Mail: _____
Hausarzt: _____
Bei Familienversicherten:
Name des Mitglieds: _____
Vorname des Mitglieds: _____
Geburtsdatum: _____
Empfohlen durch: _____
Name des Hauszahnarztes _____
(bei Überweisungsfällen)

Änderungen,
die während der
Behandlung eintreten,
teilen Sie bitte dem
behandelnden Arzt mit.

Bitte beachten:
Schmerztabletten oder
bestimmte Spritzen
können die Reaktions-
fähigkeit, vor allem im
Straßenverkehr,
beeinträchtigen.
Sie sollten deshalb
kein Fahrzeug führen
während eines
Zeitraums von **zwei bis**
drei Stunden nach der
Behandlung!

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

	Ja	Nein
Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, insbesondere gegen Osteoporose oder Tumor- Erkrankung ? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Medikamente, Spritzen oder andere Stoffe gegen die Sie allergisch sind? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluten Sie lange bei Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ? (Marcumar, Herz-ASS, etc.) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Gesundheitsstörungen:		
• Herzerkrankungen (Herzklappenfehler; Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher, Bypassoperation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutdruckstörungen (erhöhter, niedriger oder schwankender Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionserkrankungen (Hepatitis A-C, Tuberkulose, Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie z.Zt. schwanger ? Wenn ja , in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher ? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gesundheitsstörungen ? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie, dass für nicht eingehaltene Behandlungstermine eine **Ausfallgebühr** erhoben werden kann!
Je angefangener halben Stunde € 80.00. Ich wurde für mich verständlich darüber aufgeklärt, dass es in sehr
seltenen Fällen bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer Schädigung des Zungennerven
(Nervus lingualis) kommen kann.

Kirchheim, den _____

Unterschrift _____