

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon privat:	Telefon beruflich:
Versicherung:	Versicherter:
Beruf:	Arbeitgeber:
Überweisender Zahnarzt:	Email:

Liebe Patienten,
 um Sie unter Berücksichtigung Ihrer Gesundheit bestens betreuen zu können, benötigen wir von Ihnen weitere, Ihren gesamten Organismus betreffende Angaben.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie an:

Allergien ? Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Worauf ?
Reaktion auf Lokalanästhetika (Spritzen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Herz-/Kreislaufkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Gefäßverengungen...)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann ?
Innere Erkrankungen: Diabetes, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Rheumatische Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Augenerkrankungen z. B. grüner oder grauer Star ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Erhöhte Blutungsneigung ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Infektionskrankheiten Hepatitis (Gelbsucht) A B C ? HIV ? Tuberkulose ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstiges ?
Hatten bzw. haben Sie eine Osteoporose behandlung ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamente ?
Hatten Sie eine Tumor behandlung ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Nehmen Sie regelmäßig od. täglich Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche ?
Nehmen Sie ein Mittel zur Blutverdünnung ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welches?
Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wievielte Woche ?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wieviele am Tag?

- Ich erkläre mich einverstanden über notwendige Kontrolltermine im Rahmen eines Recall- Programms per e-mail oder postalisch informiert zu werden.
- Ich stimme dem Austausch meiner Patientendaten (Arztbrief, Röntgenbilder, ect.) mit meinem überweisenden Zahnarzt und ggf. Hausarzt bzw. Histologie zu.

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Fragebogens. Bitte beachten Sie, dass nach Eingriffen **unter Lokalanästhesie Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt** ist. Disponieren Sie bitte entsprechend.

München, den _____ Unterschrift _____
 Ich bestätige die Richtigkeit meiner o.g. Angaben