

ZU IHRER PERSON

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ PLZ	_____ Wohnort
_____ E-Mail	_____ Telefon	_____ Mobil
_____ Krankenkasse / Versicherung	_____ Arbeitgeber	

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Zusatzversicherung		

ZU IHRER GESUNDHEIT

	JA NEIN	
Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, bitte Name und Telefon	☐ ☐	_____
Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welcher Grad	☐ ☐	_____

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?

	JA NEIN		JA NEIN
<u>Herz</u>	☐ ☐	<u>Blutgerinnungsstörungen?</u>	
Zustand nach Infarkt	☐ ☐	ASS	☐ ☐
Muskelentzündung	☐ ☐	Marcumar	☐ ☐
Verengung der Herzkranzgefäße	☐ ☐	Plavix	☐ ☐
Rhythmusstörungen	☐ ☐	Xarelto	☐ ☐
Bypassoperation	☐ ☐		
Herzklappenersatz	☐ ☐	<u>Leber</u>	
Schrittmacher	☐ ☐	Hepatitis	☐ ☐
Angina pectoris	☐ ☐	Leberverhärtung	☐ ☐

	JA	NEIN		JA	NEIN
<u>Allergien</u>			<u>Kreislauf</u>		
Penicillin-Allergie Latex-	☐	☐	Bluthochdruck	☐	☐
Allergie Diclofenac	☐	☐	niedriger Blutdruck	☐	☐
Unverträglichkeit Hausstaub-	☐	☐	Thrombose	☐	☐
Allergie Gräser/Pollen-	☐	☐			
Allergie Nickel-Allergie	☐	☐	<u>Atemwege/Lunge</u>		
	☐	☐	Asthma	☐	☐
<u>Nieren</u>			Bronchitis	☐	☐
Nierenerkrankung/-entzündung	☐	☐	COPD		
Nierensteine	☐	☐			
			<u>Stoffwechsel</u>		
<u>Bisphosphonate</u>			Diabetes	☐	☐
Zometa	☐	☐	Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐
Fosamax	☐	☐	Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐
<u>Zentrales Nervensystem</u>			<u>Vegetatives Nervensystem</u>		
epileptische Anfälle	☐	☐	Depressionen	☐	☐
Lähmungen	☐	☐			
			<u>Infektionskrankheiten</u>		
<u>Bewegungsapparat</u>			Hepatitis A	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Hepatitis B	☐	☐
Gicht	☐	☐	Hepatitis C	☐	☐
			HIV	☐	☐
			MRSA	☐	☐

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? JA NEIN

Wenn ja, welche? ☐ ☐ _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? ☐ ☐ _____

Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ☐ ☐ _____

IN EIGENER SACHE

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? Wenn ja, wie? JA NEIN

Telefon ☐ E-Mail ☐ ☐ ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von ☐ _____ Instagram ☐ facebook ☐ Google ☐ Jameda ☐

Ort, Datum und Unterschrift* _____

* Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/ Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

* Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

* Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.