



Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestehen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Blutdruckveränderung, Herzinfarkt, Künstliche Herzklappe, Herzschrittmacher)?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Osteoporose, Künstliche Gelenke)?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche? (bei künstl. Gelenken seit wann): \_\_\_\_\_

**Bestehen Bluterkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Leukämie)?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Schilddrüsenerkrankungen?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Erkrankungen der Atemwege?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, AIDS/HIV, Tbc, etc.)?**  Ja /  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen (Niere, sonstige Organe, etc.):** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder Typ 2)?**  Ja /  Nein

**Rauchen Sie?**  Ja /  Nein

**Sind Sie schwanger?**  Ja /  Nein

**Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?** \_\_\_\_\_

**Mein Hausarzt ist:** \_\_\_\_\_

Wir sind sehr bemüht, zu den vereinbarten Terminen nur für Sie da zu sein, und Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Im Gegenzug erwarten wir von Ihnen eine kurze Nachricht, falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung stellen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Untersiemau, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient, Mitglied, Erziehungsberechtigter