

Bestehen Allergien (z.B. gegen Medikamente, Latex, Metalle, Kunststoffe)? Ja / Nein

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 (auch Schlaganfall, Herzinfarkt, 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