

Grund Ihres Besuches:

Nachname Patient/in	Vorname	Geb.-Datum
Straße	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse/Privatkasse	Zahnarzt	Hausarzt
Beruf	E-Mail	Terminbestätigung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachname Hauptversicherte/r	Vorname	Geb.-Datum
Straße	PLZ, Ort	Telefon

Wir bitten Sie, folgende Fragen für eine komplikationsfreie Behandlung zu beantworten.

Herz-Kreislauf Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?  <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall	Allergien (Medikamente, Latex, etc): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?	Sonstige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?
	Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C/Gelbsucht <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?
Blutungsneigung bzw. nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?	Krebserkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche?	Besteht eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welchem Monat?
Leiden Sie an...  <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Rheuma, Arthritis <input type="checkbox"/> Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich <input type="checkbox"/> Chemotherapie	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bisphosphonattherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei: <input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochenschwund) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung	Sind bei Ihnen vor Kurzem zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Mannheim, den**

**Unterschrift:**