

Neu in Behandlung tretende Patienten werden gebeten, alle Fragen bitte vollständig auszufüllen.

Persönliches

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

PLZ/Ort Straße

Telefon privat Telefon geschäftlich

Krankenkasse/private Krankenversicherung

Gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein

Bei nicht selbstversicherten Patienten

Name d. Hauptversicherten

Gesundheitszustand (bitte ankreuzen):

Sind Sie schwanger ? ja nein Wenn ja, welcher Monat?

Medikamente:

nehmen Sie aktuell Medikamente ein ja nein Wenn ja, welche?

Reicht der Platz für die Auflistung der Medikamente nicht aus, füllen Sie bitte die separate Medikamentenliste aus.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein

Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein

Herzkrankung/Herzoperation ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Infektionserkrankungen:

HIV (Aids) ja nein

Hepatitis ja nein

MRSA ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

andere:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Antibiotika ja nein

Weitere Erkrankungen:

Osteoporose ja nein

andere:

WICHTIG! Ich bin damit einverstanden, dass ich – falls notwendig – eine Lokalanästhesie (lokale Betäubung) erhalte. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl/Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in der Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Datum und Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters