



▶
Name, Vorname _____

Geb. am _____ Anschrift _____

Telefon (Privat) _____ E.Mail _____

Beruf/ Arbeitgeber _____ Telefon (Dienstlich) _____

Hausarzt _____ Telefon _____ Anschrift _____

Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden(Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lebererkrankungen/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle:		

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Sind bei Ihnen bereits Zahnärztliche Röntgen-
 aufnahmen gemacht worden? Wenn ja wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig/zurzeit ein? _____ seit _____
 _____ seit _____

Nehmen Sie Biophosphonate? ja nein seit _____
 Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit _____
 Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit _____
 Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein seit _____

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 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfassenden zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die meine Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzieller Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kredit-schutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____