

Telefon (privat):

(dienstlich):

Beruf:

Hausarzt: Name:

Anschrift: Telefon:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hochgradige Neutropenie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mukoviszidose-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Organtransplantiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stammzellentransplantiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anfallsleiden (Epilepsie)

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporoseerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher | <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 |
| Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) | | |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhesie/Spritzen | <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: | | |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche**Röntgenaufnahmen gemacht worden?**

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?**Nehmen Sie Bisphosphonate?**

..... 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**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?** ja nein Datum:

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 Std. 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 umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

....., den

Unterschrift: