

	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht) <input type="checkbox"/> Hepatitis A , <input type="checkbox"/> Hepatitis B , <input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. <input type="checkbox"/> Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie bereits an Covid 19 erkrankt? Bestehen Langzeitfolgen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA-Keim (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus - Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien Wenn Ja: welche? _____ Wenn Allergiepass vorhanden, dann bitte vorlegen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Immunsystems z.B. <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine <input type="checkbox"/> Strahlenbehandlung oder <input type="checkbox"/> Chemotherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn Ja: Schwangerschaftswoche: _____ errechneter Geburtstermin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn Ja: welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Unverträglichkeit von Medikamenten? Wenn Ja: welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? (z. B. Marcumar, Aspirin, Heparin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Krankheiten? Wenn Ja: welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von welchem Zahnarzt möchten Sie behandelt werden?

Dr. Hartmann **Dr. Reiter**

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch: _____

Achtung:

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 48 Stunden vor Termin abgesagt werden, ansonsten behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Hinweise:

- Bitte teilen Sie uns jede Änderung umgehend mit!
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Bitten beachten Sie dies!

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

Die Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ihre personenbezogenen Daten können auch zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.