



Name, Vorname des Patienten, geb. am:	
Ihre Anschrift und E-Mail Adresse:	
Telefon (privat):	(dienstlich):
Anschrift des Hausarztes:	
Beruf/ Arbeitgeber:	

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-/ Kreislaferkrankungen:

- Bluthochdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschriltmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- AIDS ja nein
- Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein

- Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein
- Bisphosphonattherapie/Osteoporosebeh. ja nein
- Blutgerinnungsstörungen: ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein
- Drogenabhängigkeit: ja nein
- Nierenerkrankungen: ja nein
- Ohnmachtsanfälle: ja nein
- Tumorerkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle:

Sonstige Erkrankungen:

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

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Sind Sie Raucher? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Hinweis: Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass bei hochwertigen Kunststoff-Füllungen Mehrkosten entstehen!

Aufklärung:

Beim Setzen einer Leitungsanästhesie, (das ist eine Spritze zur Betäubung des Unterkiefers) ,besteht ein geringes Risiko einer Nervverletzung. Dieses Risiko ist mit 0,0001 % bis maximal 0.01 % sehr gering, es verbleiben daher selten permanente Sensibilitätsstörungen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diesen Sachverhalt verstanden habe. Bei weiteren Fragen diesbezüglich werde ich meine behandelnden Zahnarzt darauf ansprechen.

Unterschrift Patient

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.
Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, daß nicht, bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Schifferstadt, den	Unterschrift:
---------------------------	----------------------