



Patientenkontakt Daten			
Familienname:			
Vorname:			
Straße/Hausnummer:			
PLZ/Wohnort:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Versicherungsname:		Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Pflegegrad?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche Stufe? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Versichertenstatus: <i>(hier bitte den Versicherungsnehmer eintragen)</i>			
Familienname:			
Vorname:			
Straße/Hausnummer:			
PLZ/Wohnort:			
Geburtsdatum:			
Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig!			
Telefonnummer (privat):			
Telefonnummer (mobil):			
E-Mail:			
Beruf:			
Hausarzt/Name:			
Hausarzt/Telefonnummer:			
Hausarzt/Anschrift:			

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-/Kreislaufkrankungen			
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
Herzschriltmacher:		<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
Immunsupprimierte Patienten			
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

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
MRSA:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
SARS-CoV-2/COVID 19		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<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
Osteoporose Erkrankung:		<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:			

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/welche:			

Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		

Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:		

Einnahme von Medikamenten / Medikamentenplan			
Welche Medikamente:	seit:		
Nehmen Sie Blutverdünner?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Haben Sie zurzeit oder manchmal Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schon einmal Zahnfleischbluten bei sich beobachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal einen unangenehmen Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ist dieser metallisch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Angst vor Spritzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit der Ästhetik und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was ist Ihr Anliegen, warum kommen Sie zu uns, oder haben Sie eine spezielle Frage?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von: Internet Telefonbuch/Gelbe Seiten
 andere:

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

JA

NEIN

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

JA

NEIN

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung 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.

Heidelberg, den:

Datum

Unterschrift