



Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Versicherter(falls familienvers.): \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Handy- und/oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

- Sind Sie gesetzlich versichert? Wenn ja, bei welcher Krankenkasse? \_\_\_\_\_
  - Haben Sie eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
  - Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (mind. 5 Jahre) \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Sind Sie privat versichert? Wenn ja, bei welcher Versicherung? \_\_\_\_\_
  - Wie viele Rechnungsexemplare benötigen Sie? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? JA    NEIN

				JA	NEIN
Zustand nach Herzinfarkt					
Zustand nach Schlaganfall					
Herzinsuffizienz					
Herzmuskelentzündung (Endokarditis)					
Liegt eine Herzerkrankung vor? Wenn ja, welche?					
Ist eine antibiotische Abdeckung (Endokarditisprophylaxe) vor chirurgischen Eingriffen erforderlich?					
Bypassoperationen/Stents? Wenn ja, wann?					
Herzklappenersatz/Herzklappenproblematik(z.B. Spenderherz,...)					
Herzschriltmacher/Hirnschriltmacher					
Niedriger Blutdruck					
Bluthochdruck					
Durchblutungsstörungen					
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner)? Wenn ja,welche?					
Asthma/Atemwegserkrankungen?					
Bluten Sie lange nach Schnittverletzungen?	JA	NEIN	Neigen Sie zu blauen Flecken?		
Grauer Star	JA	NEIN	Grüner Star		
Magenerkrankung	JA	NEIN	Darmerkrankung		
Nierenerkrankung	JA	NEIN	Dialyse		
Gelbsucht	JA	NEIN	Hepatitis		
Arthritische Erkrankungen? z.B. Rheuma oder Gicht					
Osteoporose?					
Nehmen Sie Bisphosphonate?					

Bitte Rückseite ausfüllen

-----	-----	-----	-----	JA	NEIN
Diabetes					
Häufige Kopfschmerzen	JA	NEIN	Migräne		
Schilddrüsenüberfunktion	JA	NEIN	Schilddrüsenunterfunktion		
HIV/AIDS	JA	NEIN	Tuberkulose		
Haut-/oder Geschlechtskrankheiten					
Tumorerkrankungen? Wenn ja, welche					
Haben Sie weitere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja, welche?					
Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Legen Sie uns diesen dann bitte vor					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?					
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?					
Besitzen Sie einen Allergiepass? Legen Sie uns diesen dann bitte vor					
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol/Drogen zu sich? Wenn ja, welche?					
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?					
Wurde bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann?					
Traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Betäubungen auf? Wenn ja, welche?					
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?					
Wurden Sie in den letzten 2 Jahren im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, bei wem?					
Haben Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz? Wenn ja, aus welchem Jahr?					
Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem?					
Welche Hilfsmittel benutzen Sie zur täglichen Zahnpflege? Bitte ankreuzen:					
Handzahnbürste		Elektr. Zahnbürste		Zahnseide/-gabeln	-----
Interdentalbürstchen		Munddusche		-----	-----

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten

Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der (zahn)ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dem Risikomanagement. Die Datenverarbeitung erfolgt nach Art. 13,14 DSGVO - weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und Ihren Datenschutzrechten finden Sie unter: [zahnarzt-nl.de](http://zahnarzt-nl.de)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_