



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,...) | | | | | |
| Herzschrittmacher/Hirnschrittmacher | | | | | |
| 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

Datum: _____

Unterschrift: _____