ZAHNARZTPRAXIS
DR. DREWS

❖ Villenweg 15 ❖ 24119 Kronshagen

Patient ,Name, Vorname_____
Geb.-Dat.

Versicherter _____

Anschrift _____
Straße Tel.priv./berufl.

_____

Plz, Ort
Krankenkasse _____Hausarzt_____

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten - von Anfang an !
Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen.
Nutzen Sie den Erinnerungs-Service (RECALL) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine.
Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? Ja ❒ Nein ❒
Wünschen Sie den Rechnungsversand per E-Mail? Ja ❒ Nein ❒

E-Mail Adresse:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglich genau!
" Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz.
Eine Erklärung zu Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit."

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV- Infektion/Stadium/AIDS	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ☐ ja ☐ nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)☐ ja ☐ nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Asthma/Lungenentzündung	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Osteoporoseerkrankung	☐ ja	☐ nein
Raucher	☐ ja	☐nein
Rheuma/Arthritis	☐ ja	☐ nein
künstliche Gelenke	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankung	☐ ja	☐ nein

.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. z. Zt.?.....seit.....
Allergien bzw. Unverträglichkeiten: ☐ ja ☐ nein.....

Besteht eine Schwangerschaft?☐ ja ☐ nein **Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**Wenn ja, wann?.....

Achtung: Durch Betäubungsspritzen kann Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein!!

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum: Unterschrift.