

Nachname	Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
----------	---------	-------------------------------

Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
---------------------	-----	-----

Telefon	E-Mail	Beruf
---------	--------	-------

Hausarzt (Name und Telefonnummer)

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Basistarif
--------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------------------

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolltermine erinnert werden? Ja Nein

Leiden sie unter:

Zahnfleischproblemen Überempfindliche Zähne Kiefergelenksproblemen Mundgeruch

Sonstiges?: _____

Bei Frauen - besteht eine Schwangerschaft? Ja Woche Nein

Erkrankungen (Herz):

Herzschrittmacher künstliche Herzklappe Bypass Stents Angina Pectoris

Brauchen Sie eine Endokarditisprophylaxe? Ja Nein

Erkrankungen (Knochen):

Osteoporose Rheuma Künstliche Gelenke

Infektionskrankheiten:

HIV Tuberkulose Hepatitis

Erkrankungen (Atemwege):

Asthma COPD

Bitte wenden

Nehmen Sie eins der folgenden Medikamente?

ASS Marcumar Clopidogrel Xarelto Bisphosphonate

Nehmen Sie sonstige Medikamente?: _____

Sonstiges:

Leiden Sie an Nieren-, Leber- oder Magen Darmerkrankungen?: _____

Leiden Sie an Diabetes? Ja Nein

Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Ist ihr Blutdruck zu hoch oder zu niedrig? hoch niedrig

Leiden Sie an Augenerkrankungen? (Glaukom, Grüner Star.): _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Sind Sie ein Raucher? Ja Nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen?: _____

Haben Sie Interesse an Bleaching oder Zahnreinigung? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?:

Empfehlung Social media Google Jameda

Sonstiges (bitte eingeben): _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.

Folgende Komplikationen sind möglich:

Kreislaufbeschwerden, Bluterguss, Nervenschädigung, Verkehrsuntüchtigkeit oder Selbstverletzung.

Eine ausführliche Aufklärung erfolgt zusätzlich bei der Behandlung.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten
