

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Wohnort _____ Straße _____

Tel. privat _____ Tel. beruflich _____ E-Mail _____

Krankenkasse / Versicherung _____ beihilfeberechtigt ☐

Ggf. mitversichert bei _____ geb. _____

Befunderhebung – haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung | ☐ | Erhöhter Blutdruck _____ / _____ | ☐ |
| Herzschrittmacher | ☐ | Niedriger Blutdruck _____ / _____ | ☐ |
| Infektionen (HIV, Hepatitis B/C) | ☐ | Glaukom (erhöhter Augendruck) | ☐ |
| Diabetes | ☐ | Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) | ☐ |
| Lebererkrankungen | ☐ | Nierenerkrankungen | ☐ |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | ☐ | Tumorerkrankungen | ☐ |
| Blutgerinnungsstörungen | ☐ | Künstl. Bluter (Marcumar) | ☐ |
| Magen-Darmerkrankungen | ☐ | Endokarditisprophylaxe erforderlich | ☐ |
| Schilddrüsenerkrankungen | ☐ | Nehmen Sie Bisphosphonate | ☐ |
| Allergien (Allergiepaß) | ☐ | Besteht eine Schwangerschaft | ☐ |

→ welche? _____

Frühere Operationen: _____

Nehmen Sie Medikamente? (welche?) _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Ihr Hauptanliegen _____

Ihr Hausarzt _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? ja ☐ nein ☐

Datum: _____ Unterschrift: _____