

Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
bei Familienversicherung, Versicherter	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>	ggf. Tel.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Bonusheft, von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>

## Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten erforderlich und wird mit nachfolgender/n Unterschrift/en abgegeben:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift/en

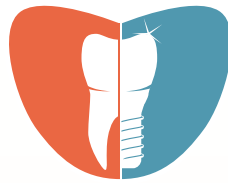
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen möglichst genau. Für Sie zutreffende Problemkreise kreuzen Sie bitte einfach links an, und notieren Sie hierzu Details oder Zeiträume in der gleichen Zeile weiter rechts. Evtl. auftretende Fragen können im Anschluss im Behandlungszimmer geklärt werden.

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

<input type="radio"/> Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Blutunterdruck (Hypotonie)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Herzklappendefekte, -erkrankungen, -ersatz	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher, sonstiges	<input type="text"/>
<input type="radio"/> HIV	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Tuberkulose	<input type="text"/>
<input type="radio"/> anderes	<input type="text"/>

## Allergien, Unverträglichkeiten

<input type="radio"/> Lokalanästhetika (Betäubung)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Schmerzmittel (Ibuprofen ...)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Antibiotika (Penicillin ...)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> andere (Metalle, Nahrungsmittel ...)	<input type="text"/>



## Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenerkrankungen
- Ohnmachtsneigung
- Künstliche Gelenke (wann eingesetzt?)
- anderes

## Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum (auch nach Aufgabe)
- Tabakkonsum (auch nach Aufgabe)
- Alkoholgenuss
- Medikamente (regelmäßig und zeitweise)
- letzte Röntgenuntersuchung (Kopf/Halsbereich)
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- Möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt bekommen?
- bestehende oder wahrscheinliche Schwangerschaft

## Einige speziellere Fragen (freiwillig)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Haben Sie vorher bereits an einer Prophylaxesitzung teilgenommen?

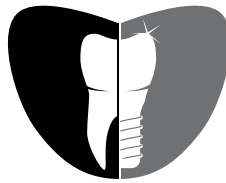
Sind sie zufrieden mit Ihrem Zahnersatz?

Als besonderen Service bieten wir einen Erinnerungsservice (Postkarte) für Vorsorge- und Prophylaxetermine an. Möchte Sie sie diesen Service nutzen? Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben...

Datum

Unterschrift



Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
bei Familienversicherung, Versicherter	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>	ggf. Tel.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Bonusheft, von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>

## Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten erforderlich und wird mit nachfolgender/n Unterschrift/en abgegeben:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift/en

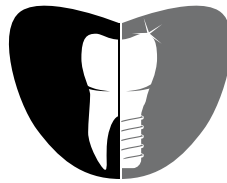
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen möglichst genau. Für Sie zutreffende Problemkreise kreuzen Sie bitte einfach links an, und notieren Sie hierzu Details oder Zeiträume in der gleichen Zeile weiter rechts. Evtl. auftretende Fragen können im Anschluss im Behandlungszimmer geklärt werden.

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

<input type="radio"/> Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Blutunterdruck (Hypotonie)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Herzklappendefekte, -erkrankungen, -ersatz	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher, sonstiges	<input type="text"/>
<input type="radio"/> HIV	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Tuberkulose	<input type="text"/>
<input type="radio"/> anderes	<input type="text"/>

## Allergien, Unverträglichkeiten

<input type="radio"/> Lokalanästhetika (Betäubung)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Schmerzmittel (Ibuprofen ...)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Antibiotika (Penicillin ...)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> andere (Metalle, Nahrungsmittel ...)	<input type="text"/>



## Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenerkrankungen
- Ohnmachtsneigung
- Künstliche Gelenke (wann eingesetzt?)
- anderes

## Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum (auch nach Aufgabe)
- Tabakkonsum (auch nach Aufgabe)
- Alkoholgenuss
- Medikamente (regelmäßig und zeitweise)
- letzte Röntgenuntersuchung (Kopf/Halsbereich)
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- Möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt bekommen?
- bestehende oder wahrscheinliche Schwangerschaft

## Einige speziellere Fragen (freiwillig)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Haben Sie vorher bereits an einer Prophylaxesitzung teilgenommen?

Sind sie zufrieden mit Ihrem Zahnersatz?

Als besonderen Service bieten wir einen Erinnerungsservice (Postkarte) für Vorsorge- und Prophylaxetermine an. Möchte Sie sie diesen Service nutzen? Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben...

Datum

Unterschrift