

Name, Vorname des **Patienten**

.....

geb. am: ..... Geburtsort: .....

E-Mail: .....

Telefon (privat): ..... (dienstlich): .....

Beruf: ..... Hausarzt: .....

Anschrift: .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

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

- Hochgradige Neutropenie  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein
- Organtransplantiert  ja  nein
- Stammzellentransplantiert  ja  nein

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

- ja  nein
- Asthma/Lungenerkrankungen**  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein
- Drogenabhängigkeit**  ja  nein
- Nervenerkrankung**  ja  nein
- Nierenerkrankungen**  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle**  ja  nein
- Osteoporoseerkrankung**  ja  nein
- Raucher**  ja  nein
- Rheuma/Arthritis**  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:**  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

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle: .....  ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**  
 Wenn ja, wann? .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** ..... seit .....

- Nehmen Sie Bisphosphonate?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**  ja  nein seit .....
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?**  ja  nein seit .....
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**  ja  nein Datum: .....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig ab!

**Für vereinbarte Termine, die nicht 24h vorher abgesagt werden, behalten wir uns nach BGB§ 611/615 vor, diese in Rechnung zu stellen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten sowie deren Aufnahme in das Recall-System ausdrücklich zu

....., den .....

Unterschrift: .....