Name: .....

geb. am: .....

Hausarzt: .....

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben zur allgemeinen Vorgeschichte, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

Bitte ankreuzen	JA	NEIN
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche:		
.....		
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhesie/ Spritzen?	☐	☐
.....		
Antibiotika?	☐	☐
.....		
zahnärztliche Materialien?	☐	☐
.....		
Sonstige Allergien?	☐	☐
.....		
Allergieausweiß vorhanden?	☐	☐

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

JA	NEIN	
☐	☐	Anfallsleiden, Ohnmacht, Epilepsie
☐	☐	Atemwegserkrankung/ Asthma
☐	☐	Blutungsneigung/ Blutgerinnungsstörung
☐	☐	Bluthochdruck
☐	☐	Diabetes/ Zuckerkrankheit
☐	☐	Glaukom / grüner Star (erh. Augendruck)
☐	☐	Herzinfarkt
☐	☐	Herzrhythmusstörungen
☐	☐	Herzschrittmacher
☐	☐	Herzklappenfehler (Herzpass?)
☐	☐	Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)
☐	☐	Lebererkrankungen
☐	☐	Osteoporose
☐	☐	Schilddrüsenerkrankung
☐	☐	Schlaganfall/ Apoplex

Sonstige Erkrankungen: .....

.....

Telefon (privat): ..... (mobil): .....

(beruflich): .....

E-Mail: .....

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Für Privatversicherte: Sind Sie in einem Basis- oder Standard-Tarif versichert? ☐ ja ☐ nein

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 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können, vor allem im Wiederholungsfall.

Bei der Herstellung von Zahnersatz oder Schienen durch ein Dentallabor entbinde ich die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Dr. Schloßer gegenüber dem beauftragten Dentallabor von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit es die Anfertigung des Werkstückes betrifft.

Kolbermoor, den .....

Unterschrift: .....