

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des gesetzlichen Vertreters bei **Minderjährigen** oder bei **Familienversicherten**:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nur für Privatversicherte:**

Name der Versicherung (z.B. Debeka): \_\_\_\_\_

Besteht eine Beihilferegelung für Beamte:  ja  nein

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name & Anschrift Ihres Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Name & Anschrift Ihres Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

Name & Anschrift Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

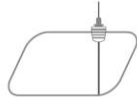
Grund Ihres Arztbesuches: \_\_\_\_\_

**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.**

**Bitte alles ankreuzen!**

- |  |                             |                               |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden/Epilepsie  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma/Lungenerkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Diabetes/Zuckerkrankheit                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Drogenabhängigkeit   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis (Entzündung<br>Der Herzinnenhaut) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nervenerkrankung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Mukoviszidose-Erkrankung<br>(Stoffwechselerkrankung)           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hochgradige Neutropenie<br>(Abnahme der weißen Blutkörperchen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stammzellentransplantiert                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Osteoporoseerkrankung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Organtransplantiert  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sonstige Erkrankungen:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____  |                             |                               |
| Rheuma/Arthritis                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |  |                             |                               |

**Bitte weiter auf der 2. Seite**



### Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf:

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein

Allergie auf Metalle: \_\_\_\_\_

Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

Andere Infektionskrankheiten (z. B. MRSA/ORSA)  ja  nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/  
Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft  ja  nein

Sind bei Ihnen **zahnärztliche** Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, Aspirin (ASS), Pradaxa, Xarelto, Clopidogrel (Plavix ®)  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente die gegen Knochenabbau/Osteoporose wirken z.B. Fosamax, Alendron, Zometa)?

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 \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, **alle** Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich habe die im Wartezimmer ausliegende Datenschutzbelehrung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durchgelesen und zur Kenntnis genommen.

Wir bitten Sie bei Vorliegen eines **Basistarifs**, die Anmeldung **vor** der Behandlung darüber zu informieren. (Gilt nur für Privatpatienten)

**Datum und Unterschrift** (Bei Minderjährigen bitte Unterschrift vom **gesetzlichen Vertreter**)