



synerdent

Zahnärzte
am Bahnhofplatz

-Seite 2-

Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Engwinkelglaukom Ja Nein
andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, O selten oft

Raucher Ja Nein Wenn ja, O 0-10 über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchungen Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteil:

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Wichtige Information:

- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift: