

Sonstige Erkrankungen ja nein _____

Ist Ihr Blutdruck hoch normal niedrig _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Schwangerschaftswoche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein _____

Welche: _____

Alternativ reichen Sie uns bitte ihren aktuellen Medikamentenplan zum Kopieren.

ALLGEMEINES

Sind Sie Raucher? ja nein ca. _____ pro Tag

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? ja nein Welche? _____

Sind Sie trockener Alkoholiker? ja nein
(zur Vermeidung alkoholischer Substanzen bei der Behandlung)

Letzte Röntgenaufnahme im Jahr: _____ in Zahnarztpraxis _____

BESONDERE WÜNSCHE

Behandlung unter lokaler Betäubung ja nein nach Absprache

Erinnerung an Kontrolltermine ja nein jährlich halbjährlich
(nur noch per E-Mail möglich und unter Vorbehalt- je nach Kapazität)

*Da es sich bei uns um eine Bestellpraxis handelt, sind wir auf das Erscheinen bestellter Patienten angewiesen und möchten Sie darauf hinweisen, dass wir zukünftig **nicht rechtzeitig abgesagte** (mind. 24 Stunden vor der Behandlung) oder **versäumte Termine** mit **50,00 €** pro halbe Stunde in Rechnung stellen. (§ 615 BGB)*

Die Datenschutzerklärung, die im Wartebereich ausliegt, habe ich zur Kenntnis genommen.

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GESPEICHERT; UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND DER ZAHNÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____