

Infektionskrankheiten

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	andere:

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	andere:

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Ja Nein

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja,/ Name:
Frühere Röntgenuntersuchung (Kopf)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja,/ Datum:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat:
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des DSGVO 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 verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten INFORMATIONEN gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient & Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Einverständniserklärung zum Recall/Terminerinnerung:

Gerne erinnern wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin.
Falls Sie an unserem Recall teilnehmen möchten, unterschreiben Sie bitte erneut.

Datum

Unterschrift Patient & Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter