

Herzlich willkommen!

Es freut uns wirklich, dass Sie bei uns sind- Wir werden uns sehr um Sie bemühen!

Ihr Name:

Adresse:

Tel. mobil:

Beruf (Angestellt/Selbstständig)

Überwiesen JA / NEIN von:

Alter:

Ihr Zahnarzt:

Ihr wichtigstes Hobby bitte:

	Ja	Nein
Haben Sie eine angeborene Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? Z.B. Marcoumar, Plavix, Thrombo ASS, Aspirin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls ja, weshalb		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Herzklappe? Stent? Bypass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine infektiöse Erkrankung? Z.B. Hepatitis, HIV, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger? Für Frauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Erkrankungen in einem der Bereiche:		
Osteoporose (Tabletten-Infusionen-Spritzen bekommen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaufschwäche? Kollapsneigung? Rhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemsysteme (Nase, Lunge, Nebenhöhlen, Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verdauungssysteme (Magen, Darm, etc.)? Colitis? Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereits ein Zahnimplantat? Künstliches Gelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Allergie, welche? JOD? LATEX? SPRITZE? ANTIBIOTIKUM?		
Diabetes/Zucker? Insulin? Diät? HbA1c?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urogenitalbereich (Niere, Harnblase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zentralnervensystem Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Probleme? Probleme bei Behandlungen im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung-Bestrahlung-Chemotherapie? Hormontherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische/hormonelle Erkrankungen Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich allgemein körperlich und psychisch gesund und wohl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt? Grund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßige Medikamente, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nutzen Sie bitte bei Bedarf die Rückseite!

Wie können wir Ihnen helfen? Was ist Ihr Wunsch?

Warum haben Sie genau unsere Implantatpraxis gewählt?

Gibt es etwas Wichtiges, das wir noch über Sie wissen sollten?

War der Besuch der Homepage www.jahl.at empfehlenswert und informativ?

Sind Sie an metallfreien Keramikimplantaten interessiert?

Ihre Daten und Angaben werden natürlich vertraulich entsprechend DSGVO behandelt, Danke

Unterschrift/Datum