

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

Ihr Name:

Adresse:

Tel.mobil :

Beruf (Angestellt/Selbstständig):

Überwiesen JA / NEIN von:

Name Ihres Zahnarztes:

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

Nutzen Sie bitte bei Bedarf die Rückseite!

Wie können wir Ihnen genau helfen? Was ist der Grund Ihres Besuches?

Warum haben Sie genau unsere Ordination gewählt?

War der Besuch der Homepage empfehlenswert und informativ?

Emailadresse (für Terminerinnerung und Röntgenbild per mail):

Ihre Daten und Angaben werden natürlich vertraulich behandelt, Danke

Unterschrift/Datum