

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:

1 Hobby bitte:

Krankenkassa:

SV-Nr.:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie eine angeborene Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? Z.B. Marcoumar, Plavix, Thrombo ASS, Aspirin, ..... Falls ja, weshalb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Herzklappe? Stent? Bypass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein infektiöse Erkrankung? Z.B. Hepatitis, HIV, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Haben oder hatten Sie Erkrankungen in einem der Bereiche:</b>		
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"/>
<b>Haben Sie eine Allergie, welche? JOD? LATEX? SPRITZE? ANTIBIOTIKUM?</b>		
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 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](http://www.jahl.at) empfehlenswert und informativ?**

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

Unterschrift/Datum