



Patient Name Vorname geb.

Versicherter Name Vorname geb.

Anschrift PLZ Ort

Straße Nr.

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Liegt derzeit eine Pflegestufe vor? Wenn ja, welche?

ggf. Betreuer oder gesetzl. Vertreter Name Telefon

Zahnzusatzvers.

ALLGEMEINE SITUATION

Blutdruck niedrig hoch normal

Herzkrankung ja nein

Herzrhythmusstörung? ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

Künstliche Herzklappe? ja nein

Blutgerinnungshemmer (z.B. Marcumar, ASS)? ja nein

Blutungsneigung? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Nierenerkrankung? ja nein

Magen-Darm-Erkrankung? ja nein

Epilepsie? ja nein

Diabetes? ja nein

Rheuma? ja nein

Lungenerkrankung; Asthma? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Hepatitis? ja nein

HIV? ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten? ja nein
Wenn ja, welche?
.....
.....

Sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig ja nein
Medikamente? Wenn ja, welche?
.....
.....

ZAHN-MUND-SITUATION

Zahnfleischbluten? ja nein

Zahnfleischrückgang? ja nein

Schmerzen im Kopf-
Nacken-Bereich? ja nein

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Besteht eine ungewiss
Schwangerschaft? ja nein

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ZU:

Zahnersatz? ja nein

Kunststoff-Keramik-Füllungen? ja nein

Implantate? ja nein

Prophylaxe (Professionelle
Zahnreinigung)? ja nein

Bleaching (Zahnaufhellung)? ja nein
Schientherapie? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir angegebenen Daten.

Mir ist bekannt, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Datum

Unterschrift