



<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		Zusätzliche Informationen
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	q ja q nein	Wert :
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	q ja q nein	Wert:
Herzklappenerkrankung / - defekt	q ja q nein	
Herzerkrankung	q ja q nein	Wenn ja, welche:
Herzoperation	q ja q nein	
Herzschrittmacher	q ja q nein	
Sonstige Operationen:		
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Lokalanästhetika	q ja q nein	
Schmerzmittel	q ja q nein	
Antibiotika	q ja q nein	Wenn ja, welche:
Andere:		
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Blutgerinnungsstörungen	q ja q nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente	q ja q nein	
Asthma	q ja q nein	
Lungenerkrankung	q ja q nein	
Schilddrüsenerkrankung	q ja q nein	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	q ja q nein	
Rheuma	q ja q nein	
Epilepsie	q ja q nein	
Nierenfunktionsstörungen	q ja q nein	
Diabetes	q ja q nein	
Ohnmachtsneigung	q ja q nein	
Sonstige schwere Erkrankungen	q ja q nein	
Befinden Sie sich in Strahlen-/Chemotherapie	q ja q nein	
Gelenkprothesen	q ja q nein	
sonstige OP's	q ja q nein	Wenn ja, welche und wann?
<b>Allgemeine Angaben:</b>		
Schwangerschaft	q ja q nein	
Raucher	q ja q nein	Wenn ja, wie viel pro Tag
Alkohol/Drogenkonsum	q ja q nein	
Biphosphonate innerhalb letzten 3 Jahren	q ja q nein	
Nachweis Pflegegrad vorhanden?	q ja q nein	
Regelmäßige Medikamente	q ja q nein	Wenn ja, seit wann / Name (bitte Eintrag nächste Zeile)

Medikamente: \_\_\_\_\_

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes 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 2 Tage im Voraus abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.
- Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendigen Abklärungen oder Informationen mit meinem Hausarzt, Hauszahnarzt oder weiteren, die ärztliche Schweigepflicht unterstehende Personen ausgetauscht werden dürfen, und dass für die Rechnungserstellung notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen
- Ich bin damit einverstanden, dass mir-falls notwendig-eine örtliche Betäubung gegeben wird. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach Zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtliche Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter