

ZAHNARZTPRAXIS WAGENER

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mobil: _____

Gesetzliche/-r Vertreter/-in (+ Telefonnr.): _____

Hausarztpraxis: _____

Arbeitsplatz: _____

Haben Sie:

- ☐ Ein Bonusheft?
- ☐ Einen Pflegegrad?
- ☐ Eine Beihilfeberechtigung?
- ☐ Eine Zusatzversicherung?
- ☐ Anspruch auf die Härtefallregelung?

Bestehen bei Ihnen folgende Risikofaktoren?

- ☐ Herz- /Kreislaufkrankung: _____
- ☐ Erkrankung der Inneren Organe: _____
- ☐ Atemwegserkrankungen: _____
- ☐ Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose, HIV/Aids): _____
- ☐ Gelenkerkrankungen (Rheuma): _____
- ☐ Allergien (z.B. Latex, Penicillin): _____
- ☐ Neurologische oder psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie): _____
- ☐ Konsum von Alkohol, Drogen, Tabak: _____
- ☐ Tumorerkrankungen: _____
- ☐ Organtransplantationen: _____
- ☐ Gelenkersatz (z.B. künstl. Hüftgelenk): _____
- ☐ Komplikationen bei Zahnarztbesuchen (z.B. Nachbluten): _____
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Grüner Star (Glaukom)
- ☐ Andere Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen:

- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Künstliche Herzklappe
- ☐ Herzinfarkt, wenn ja: wann? _____
- ☐ Angina Pectoris

Medikamenteneinnahme:

- ☐ Blutverdünner (z.B. Eliquis, Lixiana, Xarelto, Falithrom): _____
- ☐ Bisphosphonate (Tabletten oder Spritzen vom Orthopäden bei Osteoporose): _____
- ☐ Schmerzmittel: _____
- ☐ Kortison (Kortikoide)
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Andere: _____

Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?

Einverständniserklärung zur Erinnerung an Kontrolltermine:

Hiermit willige ich ein, dass ich mittels Post zum Zwecke der Erinnerung an weitere Termine kontaktiert werden darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass, die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung durch den Widerruf der Einwilligung nicht berührt wird.

- ☐ Ich bin einverstanden.
- ☐ Ich bin nicht einverstanden.

(Unterschrift, Datum)