

Patientenname ( Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie Familienmitglied z.B bei den Eltern oder Ehegatten- dann diese Zeile noch ausfüllen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Pflegegrad (Bescheinigung von Krankenkasse notwendig): \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer ist ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist ihr Zahnarzt ?- wenn Sie nicht bei uns sind. \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Bitte jedes Feld beantworten und ankreuzen !!!**

**Herz-Kreislaufferkrankungen:**

Herzoperation 0 Ja 0 Nein  
 Stent 0 Ja 0 Nein  
 Herzschrittmacher 0 Ja 0 Nein  
 Herzinfarkt 0 Ja 0 Nein  
 Herzklappenersatz 0 Ja 0 Nein  
 Endokarditis 0 Ja 0 Nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/ Stadium AIDS 0 Ja 0 Nein  
 Lebererkrankung/ Hepatitis 0 Ja 0 Nein  
 Tuberkulose 0 Ja 0 Nein

**Sonstige Erkrankungen** 0 Ja 0 Nein

Welche.....

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/ Spritzen — Allergie 0 Ja 0 Nein  
 Schmerzmittel- Allergie 0 Ja 0 Nein  
 Antibiotika - Allergie 0 Ja 0 Nein  
 Metallallergien - Wenn ja welche?.....

**Blutverdünnung** 0 Ja 0 Nein

Wenn ja, welches Medikament .....

**Welche weiteren Medikamente nehmen Sie momentan?**.....  
 (ggf. aktuellen Medikamentenplan vorlegen) .....

**Nehmen Sie Bisphosphonate?** 0 Ja 0 Nein seit .....

**Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?** 0 Ja 0 Nein seit .....

**Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?** 0 Ja 0 Nein seit .....

**Für Frauen :** Besteht eine Schwangerschaft? Ja 0 Nein 0 wenn ja in welchem Monat?.....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall — System einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_