

Name, Vorname: Geb.:

Berufsbezeichnung:

Anschrift: Straße./Hausnr. PLZ.: Ort:

Krankenkasse: Hausarzt:..... in:

Telefon (privat): Handy: E-mail:

Ich wünsche die Rechnung per Email : ja nein

Ich stimme zu, dass Röntgenbilder und Arztberichte weitergeleitet werden dürfen: ja nein

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

- Immunabwehrschwäche ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
- Organtransplantiert oder ja nein
- sonstige Transplantationen:

- Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Lebererkrankung ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporoseerkrankung ja nein
- Raucher ja nein
- Rheuma/Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Hepatitis seit: ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/(vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... seit

..... seit

..... seit

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein Datum:

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.

Sind bei Ihnen Röntgenaufnahmen (Vorbehandler oder Krankenhaus) gemacht worden?

Wenn ja, wann?:

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Heidelberg, den:

Unterschrift: