



Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund,- Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

Ja, folgende:

Nein

Erkrankungen :

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lähmungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

A B C D

andere Krankheiten: _____

Tumore/Karzinom/Krebs Ja Nein

folgende: _____

Nehmen Sie In diesem Zusammenhang ggf. Bisphosphonate ein?

Ja Nein

Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung zur halbjährlichen Vorsorgeuntersuchung? Ja Nein

Haben Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____ welches Körperteil? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter Örtlicher Betäubung? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben ausgefüllten Anamnese und unterzeichne, dass ich den Text gelesen und verstanden habe. Des Weiteren bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mit dem separaten Flyer „Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit in unserer Praxis“ über die neuen Datenschutzrichtlinien dieser Praxis aufgeklärt worden bin und mich damit einverstanden erkläre.

Mayen, den _____ Unterschrift Patienten: _____