

Zahnärzte Waging am See

Dr. Eva Marquard & Dr. Christian Hartig

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie uns durch Ihren Besuch entgegenbringen. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich der **Schweigepflicht** unterliegen. (Änderungen bitte mitteilen!)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung: gesetzlich privat
 Beihilfe

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail _____@_____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Familienversicherung oder Minderjährigen bitte Angaben des **Versicherten**:

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Leiden Sie an (bitte zutreffendes ankreuzen!):

- Allergien/Medikamentenunverträglichkeit? _____
- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis A, B oder C)? _____
- Blutgerinnungsstörungen Epileptische Anfälle? Asthma? Rheuma?
- Glaukom (grüner Star)? Diabetes Typ I oder II? Schilddrüsenerkrankung?
- Herz-/Kreislaufkrankungen? _____
- Hatten Sie eine Herzoperation? Benötigen Sie eine Endocarditisprophylaxe? _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____
- Sonstige Erkrankungen? _____
- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?
- Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, ASS, Plavix, Iscover)?
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate bei Osteoporose oder malignen Erkrankungen (Aredia, Zometa, Bondronat, Fosamax,...)? _____
- Wurden Sie bestrahlt oder hatten Sie eine Chemotherapie? _____
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Monat: _____
- Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft?: _____
- Sind Sie mit einer Fotodokumentation einverstanden? _____
- Durch wen wurden Sie empfohlen/überwiesen? _____

Bitte beachten Sie: Nach einer örtlichen Betäubung ist das Führen eines Fahrzeugs im Straßenverkehr nicht erlaubt.

Wünschen Sie eine Erinnerung zur jährlichen Untersuchung? Telefonisch **E-Mail**

Sind Sie an einer Prophylaxe interessiert? Wünschen Sie eine **LACHGAS-BEHANDLUNG?**

Wünschen Sie kostenlosen Zugang zur Online-Sprechstunde und Online-Terminvergabe?

Ja **Nein**

Datum/Unterschrift: _____