

Name, Vorname		Mobiltelefon	
geboren am		Festnetz	
Adresse		eMail	
		Hausarzt	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beruf

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

Herz-/Kreislaufkrankungen:		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mucoviszidose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, in welcher Woche		
Existieren zahnärztliche Röntgenaufnahmen < 2Jahre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gelenkprothesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhielten Sie jemals Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochdos. Steroide / Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, HbA1c-Wert:		
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wieviele täglich:		
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grauer Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche:		

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 Patient/-in