



Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon	
PLZ, Ort		Telefon Mobil	
Emailadresse		Krankenkasse	

Anamnese (Krankengeschichte)

	Ja	Nein
Ich leide an einer der genannten Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine veränderte Blutgerinnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme ein Mittel, das die Blutgerinnung hemmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine Herzklappenprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche ?		
Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wogegen ?		
Haben Sie Kopf- oder Gesichtsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und bei wem?		
Für weibliche Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte an Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxetermine erinnert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin darüber informiert, dass es durch die lokale Anästhesie im Unterkiefer zu Irritationen der zur Zunge und zur Unterlippe führenden Nerven kommen kann.	<input type="checkbox"/>	
Mit der Auswertung und Verwendung meiner Röntgenbilder, Fotos und Behandlungsdaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke erkläre ich mich einverstanden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit und ohne Begründung widerrufen werden.	<input type="checkbox"/>	
Zur Gestaltung von Zahnersatz kann die Anfertigung von Fotos erforderlich sein. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Fotos losgelöst von persönlichen Daten an das beauftragte Dentallabor gesandt werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit und ohne Begründung widerrufen werden.	<input type="checkbox"/>	

Sankt Augustin,

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten