



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitsstand.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Wir beachten sorgfältigst die Datenschutzbestimmungen: siehe Datenschutzerklärung auf unserer Webseite www.dr-mainitz.de.

Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Name des Patienten: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

Versicherungsnehmer (bei Familienversicherten): _____

Geburtstag: _____

Straße: _____ PLZ & Ort: _____

Telefon privat: _____ beruflich: _____ Handy: _____

Email: _____ Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Empfohlen durch: _____

Achtung: durch Betäubungsspritzen sind Sie nicht mehr straßenverkehrstauglich!

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Elektronische Implantate (Herzschrittmacher, Cochlea Implantat etc.) | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Träger von multiresistenten Keimen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft ___ Monat |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Zigaretten ____/ Tag |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantat, künstliches Gelenk | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) | |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | |
| <input type="checkbox"/> andere? wenn ja, welche _____ | |

Medikamente, welche? Bisphosphonate?: _____

Nehmen Sie **Blutverdünnungsmittel**? Wenn ja, welche?: _____

Allergien, welche?: _____

Ihre Hausärzte: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____