



Sonstige Erkrankungen ja  nein  \_\_\_\_\_

Ist Ihr Blutdruck hoch  normal  niedrig  \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein  \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

*Alternativ reichen Sie uns bitte ihren aktuellen Medikamentenplan zum Kopieren.*

### ALLGEMEINES

Sind Sie Raucher? ja  nein  ca. \_\_\_\_\_ pro Tag

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? ja  nein  Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie trockener Alkoholiker? ja  nein   
*(zur Vermeidung alkoholischer Substanzen bei der Behandlung)*

Letzte Röntgenaufnahme im Jahr: \_\_\_\_\_ in Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

### BESONDERE WÜNSCHE

Behandlung unter lokaler Betäubung ja  nein  nach Absprache

Erinnerung an Kontrolltermine ja  nein  jährlich  halbjährlich   
*(nur noch per E-Mail möglich und unter Vorbehalt- je nach Kapazität)*

*Da es sich bei uns um eine Bestellpraxis handelt, sind wir auf das Erscheinen bestellter Patienten angewiesen und möchten Sie darauf hinweisen, dass wir zukünftig **nicht rechtzeitig abgesagte** (mind. 24 Stunden vor der Behandlung) oder **versäumte Termine** mit **50,00 €** pro halbe Stunde in Rechnung stellen. (§ 615 BGB)*

### Die Datenschutzerklärung, die im Wartebereich ausliegt, habe ich zur Kenntnis genommen.

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GESPEICHERT; UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND DER ZAHNÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_