

Im Interesse Ihrer Gesundheit bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen, die während der Behandlung eintreten, teilen Sie bitte dem behandelnden Arzt mit. **Bitte beachten Sie:** Schmerztabletten oder bestimmte Spritzen können die Reaktionsfähigkeit, vor allem im Straßenverkehr, beeinträchtigen. Sie sollten deshalb kein Fahrzeug führen während eines Zeitraums von zwei bis drei Stunden nach der Behandlung. Für nicht eingehaltene Behandlungstermine kann eine Ausfallgebühr erhoben werden kann in Höhe von 80 € pro halbe Stunde. **Ich wurde für mich verständlich darüber aufgeklärt,** dass es in sehr seltenen Fällen bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer Schädigung des Zungennerven (Nervus lingualis) kommen kann.

## 1 Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

eMail

Beruf

Arbeitgeber

## 2 Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse

### Bei Familienversicherten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

## 3 Angaben zum Hausarzt

Hausarzt

Hauszahnarzt

(Bei Überweisungsfällen)

## 4 Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Ja  Nein Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja: Weshalb?

Ja  Nein Nehmen Sie Medikamente ein, insbesondere gegen **Osteoporose** oder **Tumor-Erkrankung**?  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein Gibt es Medikamente, Spritzen oder andere Stoffe gegen die Sie **allergisch** sind?  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein **Bluten** Sie lange bei Verletzungen?

Ja  Nein Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? (Marcumar, Herz-ASS, etc.)  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein Sind Sie zur Zeit **schwanger**?  
Wenn ja: In welchem Monat?

Ja  Nein Sind Sie **Raucher**?  
Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Gesundheitsstörungen**?

Ja  Nein **Herzerkrankungen** ( Herzklappenfehler; Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher, Bypass-operation, etc.)

Ja  Nein **Blutdruckstörungen** (erhöhter, niedriger oder schwankender Blutdruck)

Ja  Nein **Diabetes** (Zuckererkrankung)

Ja  Nein **Infektionserkrankungen** (Hepatitis A-C, Tuberkulose, Aids)

Kirchheim, den

Unterschrift

Im Interesse Ihrer Gesundheit bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen, die während der Behandlung eintreten, teilen Sie bitte dem behandelnden Arzt mit. **Bitte beachten Sie:** Schmerztabletten oder bestimmte Spritzen können die Reaktionsfähigkeit, vor allem im Straßenverkehr, beeinträchtigen. Sie sollten deshalb kein Fahrzeug führen während eines Zeitraums von zwei bis drei Stunden nach der Behandlung. Für nicht eingehaltene Behandlungstermine kann eine Ausfallgebühr erhoben werden kann in Höhe von 80 € pro halbe Stunde. **Ich wurde für mich verständlich darüber aufgeklärt,** dass es in sehr seltenen Fällen bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer Schädigung des Zungennerven (Nervus lingualis) kommen kann.

## 1 Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

eMail

Beruf

Arbeitgeber

## 2 Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse

### Bei Familienversicherten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

## 3 Angaben zum Hausarzt

Hausarzt

Hauszahnarzt

(Bei Überweisungsfällen)

## 4 Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Ja  Nein Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja: Weshalb?

Ja  Nein Nehmen Sie Medikamente ein, insbesondere gegen **Osteoporose** oder **Tumor-Erkrankung**?  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein Gibt es Medikamente, Spritzen oder andere Stoffe gegen die Sie **allergisch** sind?  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein **Bluten** Sie lange bei Verletzungen?

Ja  Nein Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? (Marcumar, Herz-ASS, etc.)  
Wenn ja: Welche?

Ja  Nein Sind Sie zur Zeit **schwanger**?  
Wenn ja: In welchem Monat?

Ja  Nein Sind Sie **Raucher**?  
Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Gesundheitsstörungen**?

Ja  Nein **Herzerkrankungen** ( Herzklappenfehler; Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher, Bypass-operation, etc.)

Ja  Nein **Blutdruckstörungen** (erhöhter, niedriger oder schwankender Blutdruck)

Ja  Nein **Diabetes** (Zuckererkrankung)

Ja  Nein **Infektionserkrankungen** (Hepatitis A-C, Tuberkulose, Aids)

Kirchheim, den

Unterschrift