

Name, Vorname des **Patienten**, Anschrift

geb. am

E-Mail:

Telefon (privat): .....

(dienstlich): .....

Beruf: .....

Hausarzt: Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

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

**Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Herzklappenfehler  ja  nein
- Herzklappenersatz  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Endokarditis  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein

- Hochgradige Neutropenie**  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung**  ja  nein
- Organtransplantiert**  ja  nein
- Stammzellentransplantiert**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein
- Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

- Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein
- Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

- Asthma/Lungenerkrankungen**  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein
- Drogenabhängigkeit**  ja  nein
- Nervenerkrankung**  ja  nein
- Nierenerkrankungen**  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle**  ja  nein
- Osteoporoseerkrankung**  ja  nein
- Raucher**  ja  nein
- Rheuma/Arthritis**  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle: .....
- ja  nein

- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**
- Wenn ja, wann? .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** ..... seit .....

- Nehmen Sie Bisphosphonate?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**  ja  nein seit .....
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?**  ja  nein seit .....
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**  ja  nein Datum: .....

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.

....., den .....

Unterschrift: .....