

VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
NACHNAME: _____ GEBURTSORT: _____
STRASSE: _____ PLZ, WOHNORT: _____
TELEFON: _____ TELEFON (MOBIL): _____
BERUF: _____ PFLEGESTUFE, FALLS VORHANDEN: _____
MEIN/E HAUSARZT/-ÄRZTIN: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert

Für Privatversicherte: haben Sie einen BASISTARIF abgeschlossen? ja nein

VERSICHERTE/R (FALLS ABWEICHEND):

VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
NACHNAME: _____

UM EINEN OPTIMALEN PRAXISABLAUF ZU ERMÖGLICHEN, IST EINE GUTE PLANUNG WICHTIG. SOLLTEN SIE EINEN TERMIN EINMAL NICHT WAHRNEHMEN KÖNNEN, BITTEN WIR SIE DEN TERMIN 48 STUNDEN VORHER ABZUSAGEN, DAMIT DER TERMIN ANDERWEITIG VERGEBEN WERDEN KANN. SOLLTEN SIE EINEN TERMIN NICHT RECHTZEITIG ABSAGEN, KÖNNEN IHNEN DIE ENTSTEHENDEN KOSTEN IN RECHNUNG GESTELLT WERDEN.

UNSER RECALL-SYSTEM

Ihre und unsere gemeinsamen Bemühungen um die Wiederherstellung und Erhaltung eines gesunden Zustands Ihrer Zähne und Ihres Mundes sollen sich auf Dauer lohnen. Deshalb steht die gute Mundhygiene im Vordergrund. Das Zähneputzen steht dabei nach wie vor im Mittelpunkt, doch es deckt noch lange nicht alle nötigen und möglichen Vorbeugemaßnahmen ab. Weitere entscheidende Maßnahmen zur Verringerung Ihres Karies- und Parodontitisrisikos sind die nachsorgenden Kontrolluntersuchungen in der Zahnarztpraxis und vor allem die dabei erfolgende professionelle Zahnreinigung in regelmäßigen Abständen. Wir bezeichnen das als „Recall-System“.

Je nach dem gesundheitlichen Zustand Ihres Mundes und Ihres individuellen Risikos, noch einmal Karies zu bekommen oder an Parodontitis zu erkranken, wird von uns bei jeder Recall-Sitzung alles Nötige getan, um Ihre Mund- und Zahngesundheit zu erhalten.

Haben Sie daher Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch und/oder eine professionelle Zahnreinigung? Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service per E-Mail teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

ICH BITTE UM ERINNERUNG PER E-MAIL AN:

- meine jährliche Kontrolluntersuchung
- die regelmäßige professionelle Zahnreinigung (PZR)

E-MAIL-ADRESSE: _____

.....
Ort / Datum Name Unterschrift



ANAMNESE:

HERZ:

Niedriger Blutdruck ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Herzklappenerkrankung/
künstliche Herzklappe ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzinfarkt ja nein

Jahr:

Endokarditis: ja nein

Jahr:

GEFÄßE:

Arteriosklerose ja nein

Schlaganfall ja nein

Jahr:

BLUT:

Neigen Sie zu Blutergüssen ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein

Welche:
Blutverdünnende Medikamente/Gerinnungshemmer
(z.B.: ASS, Marcumar, Heparin, Clopidogrel, Pradaxa,
Xarelto, Eliquis): ja nein

LEBER:

Lebererkrankung ja nein

Hepatitis ja nein

Hepatitis-Typ: **A** **B** **C**

IMMUNSCHWÄCHE:

HIV ja nein

Aids ja nein

STOFFWECHSEL:

Diabetes ja nein

Typ 1 Typ 2

Schilddrüsenerkrankung ja nein

ATEMWEGE:

Tuberkulose ja nein

Asthma, COPD oder
Chronische Bronchitis ja nein

MAGEN/ DARM:

Magen-/Darmerkrankung ja nein

ALLERGIEN:

Penicillin ja nein

Latex ja nein

Metalle ja nein

Zahnärztliche Werkstoffe ja nein

Andere Allergien:

SKELETTSYSTEM:

Osteoporose ja nein

Medikamente gegen Osteoporose (z.B. Bisphosphonate
wie Zometa, Actonel) ja nein

AUGEN:

Grüner Star oder
erhöhter Augeninnendruck ja nein

WEITERE ERKRANKUNGEN:

Epilepsie ja nein

Psychische Erkrankungen, z.B. Depressionen,
Angstzustände ja nein

Alzheimer/ Demenz ja nein

Parkinson ja nein

Multiple Sklerose ja nein

KOPF/ ZÄHNE:

Kiefergelenksbeschwerden ja nein

Knirschen ja nein

Würgereiz ja nein

Migräne/Kopfschmerzen ja nein

Nackenbeschwerden ja nein

Entzündungen der Nebenhöhlen ja nein

Schnarchen Sie nachts ja nein

**NEHMEN ODER NAHMEN SIE REGELMÄßIG DROGEN ODER
TRINKEN ÜBERMÄßIG VIEL ALKOHOL?**

ja nein

INSBESONDERE KOKAIN?

ja nein

RAUCHEN SIE?

Wie viel? ja nein

Zur Anpassung der Anästhesie-Menge:

wiegen Sie mehr als 130 kg? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

SSW: Entbindungstermin:

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG?:

WEITERE ERKRANKUNGEN/ EINSCHRÄNKUNGEN:

Ort/ Datum

Unterschrift.....