



Dr. Henn & Kollegen

ZAHNÄRZTE · ÖLBRONN-DÜRRN

Brunnengasse 27 · 75248 Ölbronn-Dürrn

Tel. 07043 5895 · info@zahnarzt-henn.de · www.zahnarzt-henn.de

Telefonnummer (privat) _____	Telefonnummer (mobil) _____
E-Mail _____	Beruf _____
Hausarzt/Name _____	Hausarzt/Telefonnummer _____
Hausarzt/Anschrift _____	

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
Herzschritmacher	☐ ja ☐ nein
Endokarditis	☐ ja ☐ nein
Herzoperation	☐ ja ☐ nein

IMMUNSUPPRIMIERTE PATIENTEN	
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
MRSA	☐ ja ☐ nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)	☐ ja ☐ nein

SONSTIGE KRANKHEITSBILDER	
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja ☐ nein
Asthma/Lungenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja ☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	☐ ja ☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja ☐ nein
Nervenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja ☐ nein
Osteoporose Erkrankung	☐ ja ☐ nein
Raucher	☐ ja ☐ nein
Rheuma/Arthritis	☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Sonstige Erkrankungen _____	

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN	
Lokalanästhesie/Spritzen	☐ ja ☐ nein
Antibiotika	☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja ☐ nein
Metalle/welche _____	

SCHWANGERSCHAFT	
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat? Monat: _____	

RÖNTGEN	
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann? Monat/Jahr: _____	
Wo wurden die Aufnahmen angefertigt? (Praxis/Klinik, Ort) _____	

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN		
Welche Medikamente _____	seit: _____	
Weitere Medikamente _____	seit: _____	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit: _____	☐ ja ☐ nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit: _____	☐ ja ☐ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit: _____	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit: _____	☐ ja ☐ nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum: _____	☐ ja ☐ nein

EINWILLIGUNGEN UND ERKLÄRUNGEN	
Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen eines möglichen Auskunftersuchens oder personenbezogener Nachfragen zur Behandlung meine persönlichen Daten an meine Krankenkasse übermittelt werden.	☐ JA ☐ NEIN
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.	☐ JA ☐ NEIN

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.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------