



Haben Sie einen Herzschrittmacher ? \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen ? \_\_\_\_\_

Blutkrankheiten ? \_\_\_\_\_

Stoffwechselstörungen ( Diabetes, Schilddrüse )? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten ( Aids, Hepatitis, TBC ) ? \_\_\_\_\_

Allergien ( Heuschnupfen, Metalle, Asthma, Neurodermitis )? \_\_\_\_\_

Gehirn/Nervenerkrankungen ( Depressionen, Anfallsleiden )? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen ? \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Auskünfte:**

Welches Füllungsmaterial wünschen Sie ? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf ? \_\_\_\_\_

Traten schon einmal Komplikationen auf bei einer zahnärztlichen Behandlung ?  
\_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

**Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, **spätestens 24 Stunden vorher**, abzusagen, damit wir den Termin für jemand anderen nutzen können.

**Um unseren Patienten regelmäßige Erinnerung an Kontrolltermine ( Bonusheft ) zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem Recall Service an.**

Ich möchte daran teilnehmen: JA                       Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Ort/Datum

\_\_\_\_\_