

Patient

Vorname, Nachname:

Telefon:

Geburtsdatum:

Mobil:

Adresse:

eMail:

Beruf/Arbeitgeber:

Hauszahnarzt:

Hausarzt:

Versicherung:

 pflichtversichert | freiwillig | privat | Beihilfe | Basistarif
Mitglied

Vorname, Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

TerminreminderungMöchten Sie von uns an Ihren halb-jährlichen Kontrolltermin („Recall“) erinnert werden? Ja Nein**Zurzeit bestehende Krankheiten**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> Diabetes (HbA1C-Wert: _____) |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> Sonstige: _____ |

Infektionskrankheiten Allergien / Überempfindlichkeiten

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Latex |
| <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Penicillin |
| | <input type="radio"/> Sonstige: _____ |

Tumorerkrankungen

-
- Chemotherapie
-
-
- Bestrahlung

Augenerkrankungen

-
- Glaukom

Knochenerkrankungen

-
- Bisphosphonatbehandlung

Liegt eine Schwangerschaft vor?

-
- Nein |
-
- Ja, Woche: _____

Regelmäßiger Suchtmittelkonsum

-
- Alkohol |
-
- Drogen |
-
- Zigaretten

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

-
- Nein |
-
- Ja, welche: _____
-
- _____
-
-
- ASS 100
-
- Pradaxa/Xarelto/Eliquis
-
- Heparin
-
-
- Marcumar (INR: _____)

Pflegegrad

-
- 1
-
- 2
-
- 3
-
- 4
-
- 5

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ebenfalls willige ich ein, dass das Implantatzentrum Münster meine Daten an z. B. überweisende Zahnärzte/Ärzte, Dentallabore etc. weitergeben und anfordern darf (liegt an der Rezeption aus).

Münster, den _____

 Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter

Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung und der ärztlichen Schweigepflicht.