



## ERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher Hepatitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
A, B oder C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
andere Infektionskrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

## ZAHN-MUND-SITUATION

Sind Sie zufrieden mit: Ihrer Zahnfarbe  Ja  Nein

Ihrer Zahnstellung  Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen  Ja  Nein

Zahnfleischbluten Geräusche  Ja  Nein

im Kiefergelenk Kopf- oder  Ja  Nein

Nackenschmerzen  Ja  Nein

Mundgeruch  Ja  Nein

sonstige Beschwerden

---

Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung?  Ja  Nein

## EINE LETZTE FRAGE...

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

## WICHTIGER HINWEIS

**Ich bin hiermit darüber informiert und erkläre mich einverstanden dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) in Rechnung gestellt werden können.**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden an meine Termine per SMS oder E-Mail erinnert zu werden. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen sehr gerne zur Verfügung.

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Hartmann

---

**Datum, Ort und Unterschrift** des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters