

Name		Krankenkasse	
Vorname		Versicherung/Privat	
Geburtsdatum			
Telefon		Hauszahnarzt	
Wohnort		Hausarzt	
Straße			
Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie eine dieser Fragen mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.
1 Allergie (welche)			
2 Atemwegserkrankungen (welche)			
3 Blutgerinnungsstörungen			
4 Diabetes (welcher Typ)			
5 Anfallsleiden (Epilepsie)			
6 Künstliche Gelenke			
7 Grüner Star (erhöhter Augendruck)			
8 Schilddrüsenerkrankung			
9 Herzkreislauferkrankungen			
9.1 Herzinsuffizienz/-schwäche			
9.2 Angina Pectoris			
9.3 Herzinfarkt			
9.4 Herzrhythmusstörungen			
9.5 Herzschrittmacher			
9.6 Herzklappenerkrankung			
9.7 Erhöhter Blutdruck			
9.8 Verminderter Blutdruck			
9.9 Durchblutungsstörungen			
10 Infektionserkrankungen			
10.1 Hepatitis (welche)			
10.2 HIV (AIDS)			
11 Lebererkrankungen			
12 Magen-Darm-Erkrankungen			
13 Nierenerkrankungen			
14 Osteoporose			
15 Rheumaerkrankungen			
16 Tumor-/Krebserkrankungen			
17 Bisphosphonate/Chemotherapie?			
18 Wurde je eine Prionen- Erkrankung diagnostiziert ?			
Weiter Fragen			
19 Frühere Operationen? (welche)			
20 Besteht eine Schwangerschaft?			
21 Nehmen Sie Medikamente?			

Mir ist bekannt, dass eine Terminabsage/-änderung 48 Stunden vor OP-Termin zu erfolgen hat. Bei Nichteinhaltung dieser Frist kann mir die für mich eingeplante OP-Zeit privat in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift