



## Bitte aktualisieren Sie Ihre Daten

Name, Vorname

---

Anschrift

---

---

Krankenkasse / Versicherung

---

Telefon

---

E-Mail

---

Herzerkrankung

Nein  Ja

Bisphosphonattherapie

Nein  Tablette  Infusion

Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe

Nein  Ja

Sind künstliche Gelenke eingesetzt worden?

Nein  Ja,

---

Nehmen Sie Gerinnungshemmer (Pradaxa o.a.)

Nein  Ja

Blutungsneigung / Bluterkrankung

Nein  Ja

Lebererkrankungen / Hepatitis

Nein  Ja

Schnarchen oder knirschen Sie?

Nein  Ja, ich

---

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?

Nein  Ja,

---

Haben Sie Allergien?

Nein  Ja,

---

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?

Nein  Ja, auf

---

Befinden Sie sich derzeit in einer Krebsbehandlung?

Nein  Ja

### Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?

Nein  Ja, im \_\_\_\_\_ Monat

Bitte beachten Sie, dass sämtliche gesundheitliche Änderungen für eine Zahnbehandlung relevant sein können.  
Teilen Sie uns also gerne diese vor Behandlungsbeginn mit. Danke für Ihre Unterstützung!

**Datum und Unterschrift**

---

