



Dr. Thomas Schneider Dr. Thomas Höhler Simon Schneider

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig aus. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient: Name, Vorname, Geburtsdatum, **Geburtsort**

Versicherter: Name, Vorname, Geburtsname

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, Handy, Email, Fax (*freiwillige Angabe*)

Beruf, Arbeitgeber, Telefon dienstlich (*freiwillige Angabe*)

Krankenkasse bzw. Private Versicherung

Gesundheitsfragebogen:

Bitte beantworten Sie die Fragen so vollständig wie möglich und teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand oder ihre Medikamenteneinnahme verändert.

Leiden Sie an

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, TBC, etc.)? ja nein

wenn ja, welcher Typ? _____

- Blutgerinnungsstörungen/ vermehrte Nachblutungen ja nein

- Allergien/ Arzneimittelunverträglichkeiten? ja nein

wenn ja, welche? _____

bitte wenden

- Kreislauferkrankungen (Herz, Gefäße, etc.)? ja nein
- Nierenerkrankung/ -insuffizienz? ja nein
- Lebererkrankungen? ja nein
- Magen-/ Darmerkrankungen? ja nein
- Diabetes? ja nein
wenn ja, welcher Typ? _____
- Nervenerkrankungen ja nein
- sonstigen Erkrankungen: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wenn ja, welcher Monat? _____

Erhielten Sie im Rahmen einer Krebstherapie eine Bestrahlungs- oder Bisphosphonat – Behandlung? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche und in welcher Dosis?

Ihr behandelnder Hausarzt: Name, Ort

Sind Sie mit einer schriftlichen oder telefonischen Benachrichtigung zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung einverstanden? ja nein

Besteht eine Zahn – Zusatzversicherung? (*freiwillig*) ja nein

Datum, Unterschrift

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.