

**Patient**

Vorname, Nachname:

Telefon:

Geburtsdatum:

Mobil:

Adresse:

eMail:

Beruf/Arbeitgeber:

Hauszahnarzt:

Hausarzt:

Versicherung:

 pflichtversichert |  freiwillig |  privat |  Beihilfe |  Basistarif
**Mitglied**

Vorname, Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

**Terminreminderung**Möchten 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.