

Folgende Krankheiten bzw. Allergien treffen auf mich zu:

- Herz/Kreislauf** Herzfehler Niedriger Blutdruck Künstliche Herzklappe
 Herzkrankheiten Hoher Blutdruck Herzklappendefekt
- Gefäße** Schlaganfall Durchblutungsstörungen Thrombosen
- Nerven/Gemüt** Lähmungen Krampfanfälle Depressionen
 Angstzustände Kopfschmerzen | Migräne
- Tumorerkrankungen** Bestrahlung Chemotherapie
- Sonstige Erkrankungen** Asthma Augenerkrankungen Epilepsie
 Diabetes Lebererkrankungen Nierenerkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen Mundbrennen Künstliche Gelenke
 Osteoporose

Andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme

z.B. Magen-Darm- oder Kreislaufprobleme, Hör- oder Seheinschränkungen,
 Chronische Schmerzen, Tinnitus, Muskelschwäche, Schwindel usw.

Suchterkrankungen

z.B. Alkohol, Zigaretten, Drogen

Ansteckende Krankheiten

z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, MRSA usw.

Allergien | Unverträglichkeiten Allergiepass

z.B. Latex, Antibiotikum, Betäubungsmittel, Metalle usw.

Ich nehme folgende Medikamente: (Bitte alle Medikamente angeben!)

- Herzmedikamente Blutdruckmedikamente Bisphosphonate
 Schmerzmittel Antibabypille Psychopharmaka
- Sonstige Medikamente:
- Aspirin Xarelto Ticlopidin
 Marcumar Aggrenox Pradaxa
 Plavix | Clopidogrel ASS Eliquis
- Andere blutverdünnende Medikamente:

Ich besitze: ein Bonusheft einen Implantatpass einen Röntgenpass

Bei unentschuldigtem Nicht-Einhalten vereinbarter Termine können die Zahnärzte Rheingau eine Pauschale von 40,00 € erheben.

Ich bin damit einverstanden, dass ich an die regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnert werde.

Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 STGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt.
 Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Patient/-in