



Magdelstieg 39, 07745 Jena, Tel. 03641 / 60 59 95

Bitte überprüfen Sie die Angaben und korrigieren oder ergänzen Sie diese entsprechend.

Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Straße
 Wohnort
 Telefon
 E-Mail
 Krankenkasse

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Fragen Sie uns bei eventuellen Unklarheiten.

Leiden Sie an akuten oder chronischen **Erkrankungen des Kreislaufes** (Herz)? ja / nein

Welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids usw.)? ja / nein

Welche?

Innere Krankheiten (Diabetes usw.)? ja / nein

Welche?

Überempfindlichkeit / **Allergien**? ja / nein

Medikamente:
 Materialien:
 Sonstiges:

Schwangerschaft: ja / nein wenn ja - welcher Monat?

Nehmen Sie zurzeit **Medikamente** ein: ja / nein

Welche?

Sind Sie zurzeit in **ärztlicher Behandlung**? ja / nein

Arzt:

Sonstiges:

Recall / Erinnerungsservice

Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmäßig von der Zahnarztpraxis Dr. Jan Lorbeer an die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde.

ja / nein halbjährlich / jährlich per Post / telefonisch / per E-Mail

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift