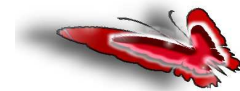


**Zahnarzt Marco  
Friedrichs**

Mitglied der DGOI  
Rupprechtstr.10,  
95030 Hof



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Bitte füllen Sie dieses Formular bei Ihrem ersten Besuch aus. Alle Angaben, Untersuchungen und deren Ergebnisse sowie Behandlungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name:	_____	geb.am	_____
Adresse:	_____	Telefon priv:	_____
Krankenkasse:	_____	Telefon gesch.	_____
Arbeitgeber:	_____	Hausarzt:	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (insbesondere blutverdünnende), wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) vor:

\_\_\_\_\_

Hepatitis, wenn bekannt:

\_\_\_\_\_

HIV, wenn bekannt:

\_\_\_\_\_

Blutdruck (erhöht):

\_\_\_\_\_

andere Herz-Kreislaufkrankungen:

\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher:

\_\_\_\_\_

künstliche Herzklappen:

\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

Nieren- oder Leberfunktionsstörungen:

\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt in ärztlicher Behandlung, wenn ja, in welcher:

\_\_\_\_\_

Chemo-/Strahlentherapie, wenn ja in welchem Zeitraum:

\_\_\_\_\_

Erkrankungen des Nervensystems:

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung statt, ca., wurden Röntgenbilder erstellt:

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie grundsätzlich Behandlung mit Lokalanästhetika:

\_\_\_\_\_

Ich versichere, die Angaben sorgfältig und gewissenhaft gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten