

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann, Name _____
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat _____

Besteht der Wunsch nach einem 4-Augen-Gespräch? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wichtige Information / Erklärung

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter