

**Liebe Patientin, lieber Patient**

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitte wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten.

Name

Geburtsdatum

PLZ

Telefon privat

Telefon mobil

Vorname

Straße/Hausnr.

Wohnort

Telefon geschäft.

E-Mail

**Vorbestehende Erkrankungen:**

- Herzerkrankung / Herzschrittmacher
- Zuckererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)
- Allergien (z.B. Medikamente, Jod)

**Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein
- Ja  Nein

**Bei Frauen im gebärfähigen Alter:**

- Sind sie schwanger:

- Ja  Nein

In welcher Woche \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? Circa?

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

- Ja  Nein

Möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt bekommen?

- Ja  Nein

Wichtig: Vor Beginn der Untersuchung müssen Sie alle metallischen Gegenstände im Kopfbereich ablegen. Dazu zählen auch Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Piercings, Brille und Hörgeräte.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es sich bei einer digitalen Volumenthomographie um eine reine Privatleistung handelt, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet wird.

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu. Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von meinen Zähnen erstellt und verwendet wird. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

**Die Informationen auf diesem Formular habe ich gelesen und verstanden.**

Datum

Unterschrift/ Erziehungsberechtigter/Betreuer