



Zahnmedizin und Oralchirurgie  
Ahmad Dili  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Ahmad Dili · Bahnhofplatz 7 · 79618 Rheinfelden

Patient: Frau/Herr Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Hauptversicherer Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Kontaktdaten E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: JA / NEIN

Hausarzt \_\_\_\_\_

Empfohlen durch \_\_\_\_\_

Um die Zahnbehandlungen Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen,  
erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Allgemeine Anamnese

Hoher Blutdruck: JA / NEIN

Niedriger Blutdruck: JA / NEIN

Herzinfarkt: JA / NEIN Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Bluterkrankungen o. Blutgerinnungsstörungen? : JA / NEIN

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung: JA / NEIN

Tragen Sie einen Herzschrittmacher: JA / NEIN

Infektionskrankheiten: JA / NEIN

Schilddrüsenerkrankung: JA / NEIN

Rheuma: JA / NEIN

Diabetes: JA / NEIN

Epilepsie: JA / NEIN

Asthma: JA / NEIN



Zahnmedizin und Oralchirurgie  
Ahmad Dili  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Ahmad Dili · Bahnhofplatz 7 · 79618 Rheinfelden

Bestehen zurzeit andere Krankheiten?: JA / NEIN  
Wenn ja, welche

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? JA / NEIN Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie oft? \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Wenn dies nicht erfolgt sind wir dazu verpflichtet Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter-bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte Dr. Ahmad Dili von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter-bzw. mitbehandelnden Zahnärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter