

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Nur so können wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Straße	Postleitzahl Wohnort	Beruf
--------	------------------------	-------

Telefon	mobil	Email
---------	-------	-------

Hauptversichert? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> - <u>wenn NEIN:</u>		
Name Zahlungspflichtige/r	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl Wohnort	

Krankenkasse

Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung?
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Welche? _____

meine Zahnarztpraxis: _____

meine Hausarztpraxis: _____

behandelnde/r Hautärzt/in: _____
(bei Eingriffen an der Haut)

- Mir ist bekannt, dass das Führen eines Fahrzeuges nach einem operativen Eingriff und nach einer Betäubung nicht verantwortet werden kann.
- Ich versichere, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Ich weiß, dass ich diese Bestätigung ganz oder teilweise zurücknehmen kann.

Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

BITTE WENDEN!



Name

Vorname

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND.

	JA	NEIN	
Stehen Sie in ständiger Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Krankheit: _____
Sind Sie schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Operation: _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente? _____
Bekommen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Besteht eine Allergie auf

Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Allergien: _____

	JA	NEIN
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele pro Tag?	_____	

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Stillen Sie?

Haben oder hatten Sie:	JA	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN		
Herzerkrankungen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigung zu Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogengebrauch?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

* Bitte führen Sie dazu mehr aus: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> auf Überweisung meiner Zahnarzt-/ Arztpraxis	<input type="checkbox"/> durch das Internet
<input type="checkbox"/> auf Empfehlung meiner Zahnarzt-/ Arztpraxis	<input type="checkbox"/> durch Jameda
<input type="checkbox"/> auf Empfehlung von Bekannten/ Verwandten	<input type="checkbox"/> durch _____

Was ist Ihr Anliegen bei uns? _____

Was ist Ihnen sonst noch wichtig? _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Arzt-/ Zahnarztpraxen/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Datum _____ Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r _____