

PATIENT

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

VERSICHERTER

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer

PLZ

Stadt

BERUF

Berufsbezeichnung

Arbeitgeber

VERSICHERUNG

Krankenversicherung

ggf. Zahnzusatzversicherung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

HERZ UND KREISLAUF

ja nein

- Zustand nach Infarkt
 Herzinsuffizienz
 Herzmuskelentzündung
 Verengung der Herzkranzgefäße
 Rhythmusstörungen
 Bypass-OP
 Herzschrittmacher
 Niedriger Blutdruck
 Hoher Blutdruck
 Angina pectoris
 Durchblutungsstörungen
 Schlaganfall

Sonstiges: _____

BEWEGUNGS- UND STÜTZAPPARAT

ja nein

- Rheuma
 Osteoporose

LEBER

ja nein

- Gelbsucht
 Hepatitis

AUGEN

ja nein

- Grauer Star
 Grüner Star

BLUTKREISLAUF

ja nein

- Blutarmut
 Bluter

Sonstiges: _____

VERDAUUNGSTRAKT

ja nein

- Magenerkrankungen
 Darmerkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Dialyse

Sonstiges: _____

ATEMWEGE

ja nein

- Asthma bronchiale
 Chronische Bronchitis

Sonstiges: _____

Bitte wenden!

NEUROLOGISCHES SYSTEM

ja nein

- Epileptische Anfälle
 Kopfschmerzen
 Migräne
 Depressionen

STOFFWECHSEL

ja nein

- Diabetes
 Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion

INFEKTIONEN

ja nein

- HIV
 Tuberkulose

Sonstiges: _____

TUMOR

ja nein

- Tumor, im Jahr: _____
 Chemotherapie
 Bestrahlung

SONSTIGE, MEDIZINISCH RELEVANTE INFORMATIONEN:

ja nein

- Haben Sie weitere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Falls ja, welche?

- Leiden Sie unter Allergien (allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Materialien)? Falls ja, welche?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Falls ja, welche?

- Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

- Rauchen Sie? Falls ja, Anzahl der Zigaretten am Tag: _____

- Treten oder traten Nebenwirkungen durch zahnärztliche Betäubungen auf?

- Möchten Sie an Ihren Vorsorge- bzw. Prophylaxetermin erinnert werden?

WIE BZW. DURCH WEN WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

- Suchmaschine Flyer Plakatwerbung
 Website Empfehlung Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen beeinträchtigt sein kann: sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung. Wir bitten Sie, dass Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können rechtzeitig absagen.

Richtlinien gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der DSGVO ein. Die Patienteninformation zur DSGVO liegt in der Praxis aus.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde, mein Behandlungsstand sowie meine Röntgenbilder bei Bedarf meinem überweisenden / behandelnden Arzt übermittelt werden oder vom Vorbehandler angefordert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift