

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt!

 Vor- und Nachname

 geboren am

weiblich
 männlich

 Straße, Nr.

 PLZ

 Ort

 Telefon

 E-Mail

 Beruf

 ggf. gesetzlicher Betreuer

 Pflegestufe

 Hausarzt, Tel.

 Hauptanliegen für Besuch

 letzte Röntgenaufnahme

 Zahnzusatzversicherung

ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Gesundheitsfragebogen

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insb. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Falithrom <input type="checkbox"/> anderes: _____			
Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol, andere Drogen)? Wenn ja, welche und wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Verletzungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen, z.B. Spritze nicht gut vertragen, Nachblutungen, Kreislaufprobleme? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einnahme von Medikamenten/Dosierung:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft unverzüglich mit!

Ich möchte gern am Erinnerungs-Service zum Kontrolltermin per Post/Telefon/SMS/E-Mail teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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). ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter