

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt und dient dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer/Handy

E-Mail

Arbeitgeber/Telefon

Beruf

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Krankenkasse/Versicherung

Versicherter (bei Familienversicherung)

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Zahnezusatzversicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bonusheft | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Erkrankungen:

Medikamente (regelmäßige Einnahme) nein ja wenn ja, welche? _____

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Allergien (z.B. Penicillin, Latex) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Herzerkrankungen (z.B. Herzfehler, Endokarditis) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Schlaganfall/Herzinfarkt/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Glaukom („grüner Star“) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leber-/Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Allgemeine Angaben:

Raucher nein ja wenn ja, wieviel? _____
Schwangerschaft nein ja wenn ja, welche Woche? _____
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen? nein ja
letzte Röntgenaufnahme wann? Welche Region? _____

Zahnbezogene Angaben:

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang? nein ja
Geräusche im Kiefergelenk? (z.B. beim Gähnen, Kauen) nein ja
Schmerzen am Kopf/Nacken? nein ja
Tragen Sie Zahnersatz? nein ja Wenn ja, wie lange? _____
Sind Sie mit Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden? nein ja
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? nein ja
Stellt Schnarchen für Sie oder Ihren Partner/in ein großes Problem dar? nein ja
Besondere Patientenwünsche:
Professionelle Zahnreinigung nein ja
Benachrichtigungs-/Recallsystem erwünscht nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnung.

Hinweis Anästhesie: Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Einwilligungserklärung gem. EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Am 28. Mai 2018 ist die neue DSGVO in Kraft getreten und wir möchten Sie hiermit über Ihre gespeicherten Daten informieren. Wir speichern Ihre Daten nur für interne Zwecke. Eine Abgabe an Dritte ist ohne Ihr Einverständnis ausgeschlossen. Die nachfolgenden Einwilligungen können Sie jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Groß Grönau,

Datum

Unterschrift