

**LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,**

wir freuen uns, Sie in unserer Zahnarztpraxis in Ortenberg begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Auch allgemeine Erkrankungen können ernsthafte Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**PATIENTIN/PATIENT**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_  
 Beruf\* \_\_\_\_\_

**VERSICHERTE/VERSICHERTER (falls abweichend)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_  
 Beruf\* \_\_\_\_\_

**VERSICHERUNG**

gesetzlich versichert     Zusatzversicherung     privat versichert     Basistarif     beihilfeberechtigt  
 Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung \_\_\_\_\_

**HAUSARZT**

Name / Ort \_\_\_\_\_

**BITTE MACHEN SIE NACHFOLGEND MÖGLICHSST GENAUE ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND!**

**Herz-/Kreislauf-/Gefäßerkrankungen**

Bluthochdruck \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Herzschrittmacher o. Defibrillator \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
 Künstliche o. rekonstruierte Herzklappen \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
 Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Herzoperation \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, wann u. welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstige Herz-/Kreislauf-/Gefäßerkrankungen \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen**

HIV / AIDS \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Hepatitis \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Tuberkulose \_\_\_\_\_  ja  nein  
 MRSA \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Sonstige Infektionserkrankungen \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen und Therapien**

Allergien \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Asthma / Atemnot \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Arthritis) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Bestrahlung \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, wann u. an welchem Körperteil? \_\_\_\_\_  
 Bluterkrankungen, verstärkte Blutungsneigung, Gerinnungsstörung \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Chemotherapie \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, wann u. weshalb? \_\_\_\_\_  
 Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, wie hoch ist Ihr Langzeitblutzuckerwert HbA1c? \_\_\_\_\_  
 Grüner Star (Glaukom) \_\_\_\_\_  ja  nein  
 Immunsuppression \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

Bitte beachten Sie auch die Rückseite ▶

Nervenerkrankungen  
 (z. B. Epilepsie, psychische Erkrankungen) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Organ-/Stammzelltransplantation \_\_\_\_\_  ja  nein

Organerkrankung (z. B. Leber, Niere) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung (z. B.: Krebs) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### SCHWANGERSCHAFT

Für Frauen: Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Bisphosphonate oder  
 Medikamente zur Knochenstärkung erhalten  
 (z. B. als Tabletten oder als Infusion) \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche, wann u. warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Medikamentenliste? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, stellen Sie uns diese bitte kurzfristig zur Verfügung!

### RAUSCHMITTEL

Konsumieren Sie Drogen/Rauschmittel? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie alkoholabhängig? \_\_\_\_\_  ja  nein

Sind Sie Raucher? \_\_\_\_\_  ja  nein

### SONSTIGES

Gab es Komplikationen bei  
 zahnärztlichen Behandlungen? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal im  
 Kopf-/Hals-Bereich geröntgt worden? \_\_\_\_\_  ja  nein Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an Ihren halbjährlichen  
 Kontrolltermin erinnern? \_\_\_\_\_  ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?\*

Praxis-Website  Jameda  Anzeigen

Empfehlung von \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### WICHTIGE HINWEISE

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Daten, des Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahme und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft unverzüglich mit!

Wir weisen Sie darauf hin, dass nach einer Betäubung die Fähigkeit zum Führen eines Kfz oder zum Bedienen von Maschinen für 24 Stunden eingeschränkt sein kann. Gerne rufen wir Ihnen ein Taxi, welches Sie sicher nach Hause bringt.

Wir führen eine reine Bestellpraxis. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte, nur für Sie reservierte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

### ERKLÄRUNG DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

Ich stimme der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Rezeption einsehbar.

Ich willige ferner ein, dass sich der behandelnde Zahnarzt mit Fach- bzw. Hausärzten im Sinne meiner Behandlung jederzeit austauscht.

Ich bestätige die Kenntnisnahme der Hinweise und die Richtigkeit meiner Angaben.

DATUM

\*freiwillige Angaben

UNTERSCHRIFT