

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 _____

HAUSARZT

Name / Ort Hausarzt _____

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

*freiwillige Angaben

Bitte beachten Sie auch die Rückseite ▶

Organ-/Stammzellentransplantation _____ 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

UNTERSCHRIFT

*freiwillige Angaben