



PATIENTENDATEN

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherter/Mitglied (nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Versicherter sind)

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

Kontaktdaten

Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon*	Fax*	Mobil*
E-Mail*		

Beruf/Arbeitgeber

Arbeitgeber	Telefon*
Anschrift	Beruf

Versicherungsstatus

Krankenkasse Sind Sie zuzahlungsbefreit? ja nein

gesetzlich versichert pflichtversichert freiwillig versichert mit Zusatzversicherung:

privat versichert vollversichert Basis-Tarif Beihilfe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="radio"/> Empfehlung von:	<input type="radio"/> Überweisung von:
<input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Sonstiges:	

Erste Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal
Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes oder Kaltes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal
Sonstiges	
Knirschen Sie nachts mit den Zähne?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
Leiden Sie häufig unter Nacken-, Rücken-, Kopf-, Gesichtsschmerzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne rundum zufrieden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Weitere Hinweise zum Ablauf in unserer Praxis

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i.d.R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) telefonisch unter **07561 2604**. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

GESUNDHEITSFragen

Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten diese. Wenn Sie Fragen haben - wir helfen Ihnen gern.

Herz/Kreislauf	ja	nein	Gehirn, Nerven und Gemüt	ja	nein	Nikotin/Alkohol	ja	nein
Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Röntgen und CT	ja	nein
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychotherap. Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschritmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blut	ja	nein	Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... bei Ihnen selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... bei Blutsverwandten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Herzschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blaue Flecken schon bei leichten Berührungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	ja	nein	Gerinnungshemmende Medik.	ja	nein
Lunge und Atemwege	ja	nein	Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aspirin®/ASS®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnärztliche Betäubung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Marcumar®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Xarelto®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex (z. B. Luftballons)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Clopidogrel®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle (z. B. Nickel, Quecksilber)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige regelmäßige Medik.	ja	nein
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	ja	nein				Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Knochen/Skelett	ja	nein	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nieren	ja	nein	Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wegen welcher Erkrankung?			Antibabypille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In welchem Zeitraum?			Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit	ja	nein	Mit welchem Präparat?			Sonstige Medikamente		
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Immunschwäche	ja	nein				Schwangerschaft	ja	nein
Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Schwangerschaftswoche?		

Mein Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb und bei wem?

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Änderungen des Gesundheitszustandes teilen Sie bitte vor der nächsten Behandlung mit. Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die umseitig mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Ich bin mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zu Praxiszwecken einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Erziehungsberechtigte(r)