

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



wir freuen uns, Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus; Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

| | | |
|---------------------------|-------------|------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnr. | PLZ | Ort |
| Name (Hauptversicherter)* | Vorname* | Geburtsdatum* |
| Straße, Hausnr.* | PLZ* | Ort* |
| Telefon | Handynummer | Email-Adresse |
| Beruf | Arbeitgeber | Telefon (geschäftlich) |

* sofern abweichend (auch: gesetzl. Vertreter/in b. Personen unter 18 Jahren)

Name Ihrer Krankenkasse/Versicherung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert | <input type="checkbox"/> privatversichert |
| <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzl. versichert | <input type="checkbox"/> privatversichert (Basistarif) |
| <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Beihilfe |

Ihr Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Warum suchen Sie unsere Zahnarztpraxis auf?

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> anderes / Ihr Anliegen: | | | |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereits Patient. | | |

Sind Sie an Professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert?

- Ja Nein

Interessieren Sie sich für Bleaching (Zahnaufhellung)?

- Ja Nein

Wünschen Sie, an Kontroll- bzw. Zahnreinigungstermine erinnert zu werden?

- halbjährlich jährlich per Email per SMS per Post

Behandlungstermine

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das bedeutet, Ihr Termin ist nur für Sie reserviert! **Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, Ihre Termine frühzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, diese Termine anderen Patienten anbieten zu können.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Ihre aktuelle Medikamentenliste mit.

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- Ohnmachtsneigung

Besitzen Sie einen Herzpass?

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach OPs

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes mellitus Typ ____
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe

Nerven/Gemüt

- Epilepsie oder Anfallsleiden
- Depressionen
- Angstzustände

Datenschutz

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ja, hiermit stimme ich der Speicherung meiner personengebundenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Kalis zu.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Befunde und Röntgenbilder unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Überweiserpraxen und bei Behandlerwechsel an Folgebehandler weitergegeben werden dürfen.

Zur **Abholung von Unterlagen** bevollmächtige ich widerruflich folgende Person(en):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____, den _____

Ort Datum Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star

Nieren

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

Leber

- Hepatitis A B C

Magen/Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- HIV-Infektion, AIDS

Skelettsystem

- Rheuma
- Osteoporose

Andere Erkrankungen:

Allergien

- Lokalanästhetika
- Medikamente/Antibiotikum
- Jod
- Latex
- Andere: _____

Medikamente

Werden Sie derzeit oder wurden Sie mit **Bisphosphonaten** behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

Frühere **Tumorbestrahlung** des Kieferknochens?

Nehmen Sie dauerhaft oder nahmen Sie in den letzten Tagen **Blutverdünner** (z.B. ASS®, Marcumar®, Clopidogrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Plavix®, Ticlopidin®)?

- Blutdruck-/ Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- Andere:

Rauchen Sie?

Ja, ca. _____ Zig./Tag

Drogenkonsum

Für Frauen:

- Sind Sie schwanger?
- Stillen Sie?