



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis und freuen uns, Ihnen helfen zu dürfen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon privat / mobil _____

E-Mail (bitte in Druckbuchstaben!) _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert | ja | nein

privat versichert | ja | nein

Basistarif | ja | nein

Zusatzversicherung | ja | nein

beihilfeberechtigt | ja | nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der/die Versicherte/r?

Name / Vorname / Geburtsdatum _____

Straße / PLZ / Ort _____

Gibt es einen gesetzlichen Vertreter? | ja | nein

Wenn ja,



Name, Anschrift, Telefonnummer; Dr. Nitschmann • Dr. Firsching

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Unser Recall -System

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den (halb-) jährlichen Zahnarztbesuch?

Im Rahmen unseres Recall-Systems erinnern wir Sie per Anruf oder E-Mail.

Ich möchte erinnert werden.

ja nein

Wenn ja, jährlich

halbjährlich (bei Kindern empfohlen)

telefonisch

per E-Mail

Bitte beachten Sie, dass wir Sie maximal 3 Mal erinnern können. Sollten Sie auch nach der dritten Erinnerung keinen Termin vereinbart haben, müssen wir Sie leider wieder aus dem Recall-System entfernen. Bitte geben Sie bei Änderung auch Ihre neue Telefonnummer oder E-Mailadresse an, damit wir Sie auch danach weiterhin erinnern können.



Gesundheitsfragen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung

Angina Pectoris

einen Herzschrittmacher

einen Herzinfarkt wann? _____

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall wann? _____

sonstige Herzerkrankungen?

Welche? _____

Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck ja nein

niedrigen Blutdruck ja nein

Diabetes ja nein

Epilepsie ja nein

Grünen Star ja nein

Tuberkulose ja nein

Osteoporose ja nein

HIV (Aids) ja nein



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs | ja | nein
- Leber | ja | nein
- Nieren | ja | nein
- Schilddrüse | ja | nein
- Magen-Darm-Traktes | ja | nein
- Gelenke (Rheuma) | ja | nein
- Wirbelsäule | ja | nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen

(MS, Morbus Crohn o.ä.)

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?

| ja | nein (Woche? _____)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig:

- | Herzmedikamente
- | Cortison (Kortikoide)
- | Schmerzmittel
- | Antidepressiva
- | blutverdünnende Medikamente, (z.B. Marcumar®, ASS?) Welche? _____
- | Bisphosphonate
- | andere Medikamente: _____

(ggfs. Medikationsplan?)

Haben Sie irgendwelche Allergien (auch Medikamente!)? | ja | nein

Wenn ja, welche? _____

Einwilligung zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung (und, wenn medizinisch notwendig (z.B. Arztbrief e-Rezept usw.) der Weitergabe) meiner persönlichen Daten (nach DSGVO) ausdrücklich zu



! ja ! nein (bei nein, keine Behandlung möglich)

Achtung!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Datum

Unterschrift