

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Tel.: _____

Wohnanschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	Nein	Leiden Sie unter:	Ja	Nein
Neigen Sie zu Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzklappenprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzinnenhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		
- Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Haben Sie Probleme bei lokalen Anästhesien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?			Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		
_____			Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?			Bekommen Sie Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			bei Osteoporose oder Knochenmetastasen		
_____			Immunschwäche (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ____ Ja ____ Nein			Wenn ja, welche?		
_____			_____		
Hausarzt: _____			Sind Sie Raucher? ____ Ja ____ Nein		
			Wenn ja, wie viel rauchen Sie täglich? _____		

Wir bitten Sie, uns Terminänderungen bzw. Terminabsagen mindestens 24 Stunden, bei Vollnarkose 3 Tage vorher mitzuteilen. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen eine Ausfallzeitgebühr zu berechnen.

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet werden. Betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten und Leistungserbringern, die zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung notwendig sind, müssen angefordert werden. Ebenso werden betreffende Behandlungsdaten an andere Ärzte und Leistungserbringer zur Weiterbehandlung übermittelt. Ebenfalls stimme ich der Nutzung meiner Daten zu bestimmten Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen (z.B. Terminerinnerungen, Änderungen und Benachrichtigungen im Falle einer postoperativen Betreuung) zu. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Datum: _____ Unterschrift: _____