

Zahnarztpraxis Dr. Heiko Jakob

Hohenlohe-Allee 1

74629 Pfedelbach

Zur Anmeldung bitten wir Sie um folgende persönliche Angaben:

Patient: _____
Name Vorname Geb. Datum Geb. Ort

Mitglied: _____
Name Vorname Geb. Datum

Anschrift: _____
Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Tel. Privat: _____ Handy: _____

Tel. Arbeit: _____ E-Mail: _____

Versicherung: _____, ☐ gesetzlich, ☐ privat, ☐ beihilfeberechtigt

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die ggf. nicht zum Leistungsumfang Ihrer Krankenversicherung zählen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie zur Terminvereinbarung für eine erforderliche Kontrolluntersuchung angeschrieben werden? ☐ ja ☐ nein, wenn ja: ☐ ½ jährlich ☐ jährlich
wenn ja, ☐ per mail

Hausarzt: _____
Name Ort

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

☐ Ja, Name: _____ ☐ Nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt!

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck (hoch/ niedrig) ☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler oder -ersatz ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher/ Defibrillator ☐ ja ☐ nein

(durchgemachte) Endokarditis ☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsanfälle ☐ ja ☐ nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie) ☐ ja ☐ nein

Asthma/ Lungenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Diabetes/ Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein

Drogenabhängigkeit ☐ ja ☐ nein

Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Osteoporose ☐ ja ☐ nein

Liegt ein Pflegegrad vor ? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher? _____

Liegt eine Eingliederungshilfe vor ? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wann? _____

Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tbc, Creutzfeld-Jakob, MRSA, oder andere): ☐ Ja,

☐ Nein

Allergien/ Unverträglichkeiten (Antibiotika, Lokalanästhetika/Spritzen, Schmerzmittel, Metalle):
☐ Ja, _____, Allergiepass? ☐ Nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja, Monat: ____ ☐ nein

Stillen Sie? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag? _____ ☐ nein

Sind bei Ihnen **zahnärztliche Röntgenaufnahmen** gemacht worden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen der Angaben, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

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

Pfedelbach, den _____ Unterschrift _____