

Willkommen in unserer Praxis

Bitte beantworten Sie uns in Ruhe folgende Fragen. Wenn Sie selbst Fragen zu diesem Fragebogen haben, so wenden Sie sich gerne an uns.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten, die für unsere Behandlung von Belang sind, einverstanden.

Name/Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____._____._____

Tel. privat _____ Handy _____

Email _____

Beruf* _____

Versicherung Name: _____

gesetzl. Kassen

Privat

Zusatzvers.

Beihilfe

Freiwillig

Standardtarif

Bundeswehr

Basistarif

Versicherter Ich bin selbst Mitglied.
 Ich bin mitversichert.
Name des Mitglieds: _____ geb. _____._____._____

Rechnungsanschrift siehe oben

Hausarzt* _____

Es besteht eine Vormundschaft /gesetzliche Betreuung durch _____

Ich möchte gerne per Post oder Email an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden. Die Kontaktierung erfolgt elektronisch oder analog.

Ja Nein

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

*=freiwillige Angaben

Bitte den Zettel wenden !

Bitte kreuzen Sie zutreffende Befunde zu Ihrer Gesundheit an.

Wie lang liegt der letzte **Hausarztbesuch** zurück? ca. _____

Herz-/ Kreislauferkrankung

Herzinfarkt O Ja O Nein
hoher Blutdruck O Ja O Nein
niedriger Blutdruck O Ja O Nein
Herzklappenfehler O Ja O Nein
Herzklappenersatz O Ja O Nein
Endokarditis O Ja O Nein
Herzoperation O Ja O Nein
Herzschrittmacher O Ja O Nein
Defibrillator O Ja O Nein

Diabetes

O Ja O Nein

Niereninsuffizienz

O Ja O Nein

Allergien:

Lokalanästhesie /Spritzen O Ja O Nein
Antibiotika O Ja O Nein
Schmerzmittel O Ja O Nein
Materialien O Ja O Nein
Allergiepass O Ja O Nein
Sonstige: _____

Asthma O Ja O Nein
Epilepsie O Ja O Nein
grüner Star (Augenerkr.) O Ja O Nein

HIV

O Ja O Nein

Hepatitis Welche Form: _____

O Ja O Nein

Drogen

O Ja O Nein

Rauchen Anzahl _____

O Ja O Nein

Aktuelle Tetanusimpfung liegt vor? O Ja O Nein

Bitte sonstige Erkrankungen und Operationen angeben.

Nehmen Sie **Medikamente**

O Ja O Nein

Die Namen der Medikamente sind: _____

Nehmen oder nahmen Sie **antiresorptive Medikamente (Bisphosphonate / Denosumab)?**

zum Knochenaufbau bei z.B. Osteoporose, Tumorbehandlung, etc. O Ja O Nein
(Fosamax,Aclasta,Zometa,Bonviva,Bondronat,Fosavance,Aredia, Pamifos, Prolia, Xgeva, etc)

Schwanger Entbindungstermin _____

O Ja O Nein

Ich stille mein Kind aktuell

O Ja O Nein

Sind Sie in den letzten 2 Jahren an den Zähnen **geröntgt** worden? O Ja O Nein

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Wirkung der Lokalanästhesie (Spritze) die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr oder im Umgang mit Geräten herabsetzen kann.

Meine Angaben sind richtig und gewissenhaft ausgefüllt worden und ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. (§§304, 615 BGB)

Meine medizinischen Daten und Bilder aus anderen Praxen, die für unsere Behandlung von Belang sind, dürfen durch uns von diesen Ärzten/Zahnärzten angefordert und gespeichert werden.

Datum, Unterschrift

X _____,

Aktualisiert am Datum, Unterschrift

_____, _____

Vielen Dank– Bitte geben Sie den Bogen gleich an der Rezeption ab