

---

## 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: \_\_\_\_\_

<input type="radio"/> gesetzl. Kassen	<input type="radio"/> Privat
<input type="radio"/> Zusatzvers.	<input type="radio"/> Beihilfe
<input type="radio"/> Freiwillig	<input type="radio"/> Standardtarif
<input type="radio"/> Bundeswehr	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Endokarditis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Defibrillator	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Allergien:

Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Materialien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allergiepass	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige: _____		

Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
grüner Star (Augenerkr.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis	Welche Form: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Drogen		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rauchen	Anzahl _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Aktuelle Tetanusimpfung liegt vor? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte sonstige Erkrankungen und Operationen angeben.

---

Nehmen Sie **Medikamente** ☐ Ja ☐ Nein

Die Namen der Medikamente sind: \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie **antiresorptive** Medikamente (**Bisphosphonate / Denosumab**)?  
zum Knochenaufbau bei z.B. Osteoporose, Tumorbehandlung, etc. ☐ Ja ☐ Nein  
(Fosamax, Aclasta, Zometa, Bonviva, Bondronat, Fosavance, Aredia, Pamifos, Prolia, Xgeva, etc)

<b>Schwanger</b>	Entbindungstermin _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Ich stille mein Kind aktuell</b>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Sind Sie in den letzten 2 Jahren an den Zähnen **geröntgt** worden? ☐ Ja ☐ 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	_____, _____
Aktualisiert am Datum, Unterschrift	_____, _____
Aktualisiert am Datum, Unterschrift	_____, _____
Aktualisiert am Datum, Unterschrift	_____, _____

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