
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 elektronisch (SMS oder E-Mail) an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden. 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-/ Kreislaferkrankung

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

Diabetes Ja Nein
Niereninsuffizienz Ja Nein

Allergien:

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

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

HIV Ja Nein
Hepatitis Welche Form: ___ Ja Nein
Drogen Ja Nein
Rauchen Anzahl ___ Ja 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)

Schwanger Entbindungstermin _____ Ja Nein
Ich stille mein Kind aktuell Ja 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