



Wir benötigen neben ihren Personalien auch Auskünfte über ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Herr  Frau  Kind

**Patient:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Versichert über:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon (tagsüber):** \_\_\_\_\_

**Sind Sie zahnzusatz-versichert?**  ja  nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie schriftlich an Ihre fällige Vorsorgeuntersuchung/PZR erinnern?** (Einwilligung folgt)  ja  nein

**Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad (1-5) bzw. eine Eingliederungshilfe?**  ja, (Grad \_\_)  nein

<b>Ärztliche Behandlung</b>	Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)? _____
<b>Hausarzt / Facharzt</b>	Name, Adresse, Telefonnummer: _____
<b>Medikamente</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
<b>Herzerkrankungen</b>	Herzschwäche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzrhythmusstörungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
<b>Kreislaufferkrankungen</b>	Zu hoher Bluthochdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
<b>Infektionskrankheiten</b>	Lebererkrankungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/ ___)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein HIV / AIDS? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
<b>Weitere Angaben</b>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind bei ihnen <b>sonst irgendwelche Erkrankungen, Anomalien, Allergien oder Auffälligkeiten bekannt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja, welche?</b> _____
<b>Schwangerschaft</b>	Wenn ja, in welchem Monat? _____
<b>Röntgen</b>	Wurden Sie im letzten halben Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Alle personenbezogenen Daten werden nach der neuen strengen Datenschutzverordnung bzw. nach dem Bundesdatenschutzgesetz verarbeitet. Bitte beachten Sie diesbezüglich unbedingt unseren Aushang im Wartezimmer (Patienteninformation zu Art. 13 DSGVO).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene oder kurzfristig abgesagte Termine privat mit € 25,- pro Viertelstunde in Rechnung zu stellen. Ihre Termine bei uns werden ausdrücklich für Sie freigehalten.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_