

ANMELDUNG

Patient			
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	Mobilfunk:	Telefon tagsüber:	Beruf (freiwillige Angabe):
Name der Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> GKV (gesetzlich) <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Zahnzusatz- versicherung <input type="checkbox"/> PKV (privat) <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif
Name der Zahnzusatzversicherung:		Körpergewicht: kg	E-Mail Adresse:
Überweisender Zahnarzt (bei Überweisungsschein) / Vorbehandler:		Letzte Röntgenaufnahmen im Zahn- oder Kieferbereich (Datum):	
Name und Anschrift des Hausarztes (für Rückfragen bei Allgemeinerkrankungen):			
Versicherter (falls abweichend)			
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	Mobilfunk:	Telefon tagsüber:	Beruf (freiwillige Angabe):

Einwilligung gem. § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die persönlichen Daten sowie die erhobenen Befunde und Behandlungsinformationen in Übereinstimmung mit den gültigen Datenschutzbestimmungen zur Nutzung in der Praxis elektronisch erfasst, genutzt und verarbeitet werden,
- dass die Praxis mir Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail unter den angegebenen Kontaktdaten zusenden kann,
- dass die Praxis für die Behandlung erforderliche Daten und Befunde des Hauszahnarztes, Hausarztes oder anderer Leistungserbringer einholt und diese Befunde zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet,
- dass die Daten und Behandlungsinformationen - soweit dies für die Behandlung erforderlich ist - an den Hauszahnarzt, Hausarzt oder andere Leistungserbringer (z. B. Dentallabor, Pathohistologe, Mikrobiologe, Logopäde, Physiotherapeut) übermittelt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten -

Bitte Rückseite beachten!

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.
Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.
Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz / Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschwäche

oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Arteriosklerose
- Thrombose
- Gefäßersatz
- Bypass-Operation
- Stentimplantation (Gefäßstütze)

oder _____

Atemwege / Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Lungenemphysem

oder _____

Leber / Gallenblase

- Gelbsucht (Ikterus)
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

oder _____

Nieren

- Nierenentzündung
- Nierensteine
- Niereninsuffizienz (Nierenversagen)
- Dialysepflicht

oder _____

Magen / Darm

- Magengeschwür
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Lactoseintoleranz
- Sodbrennen
- Reizmagen / Reizdarm
- Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
 - Typ I
 - Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

oder _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken, auch ohne Verletzung
oder nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergien / Überempfindlichkeit

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Jod
- Latex
- Pflaster
- Antibiotika (z. B. Penicillin)
- andere Medikamente

Welche? _____

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche? _____

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- HIV positiv

oder _____

Knochen

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Aufgrund welcher Erkrankung?

Wann? _____

Welches Medikament? _____

Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?

Welche? _____

operative Behandlung

Chemotherapie

Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich

Erstdiagnose? _____

Haben Sie aktuell andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Rauchen Sie?

Wieviele Zigaretten täglich? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.:

Aspirin® ASS Aggrenox®

Marcumar® Falithrom®

Plavix® Clopidogrel Efigent®

Xarelto® Eliquis® Lixiana®

Pradaxa®

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Blutdruckmedikamente

Herzmedikamente

Schmerzmittel

Antibabypille

Psychopharmaka

Antidiabetika

andere: _____

Name und Dosierung der Präparate:

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift