

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hepatitis	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Bisphosphonate	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
HIV / Aids	ja []	nein []
Tuberkulose	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []

Wenn ja, welche?

Allergien	ja []	nein []
-----------	--------	----------

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja []	nein []
----------------------------------------	--------	----------

Wenn ja, welchen?

Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
-------------------	--------	----------

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
------------------------------------------------------	--------	----------

Wenn ja, in welchem Monat?

Patient: _____

Seite 2

Datenschutz: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu.

Möchten Sie von uns zur Vorsorgeuntersuchung _____ ja [] nein []
angeschrieben werden?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____