

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ; Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht ein Zahnzusatzversicherung: _____

Mein Hausarzt (Name,Adresse,Telefon): _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom-grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht,HepatitisA,B,C) | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkolose | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja/vielleicht) | <input type="checkbox"/> |

- Sonstige Erkrankungen/Infektionen
welche _____
- Allergien(Besitzen Sie einen Allergiepass?)
welche _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS) ein?
welche _____

- Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus ?

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an !

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren.

Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontrolltermine an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen ? ja nein

Ich wünsche eine gezielte Behandlung über....

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Implantate | <input type="checkbox"/> | Beratung für Schwangere | <input type="checkbox"/> |
| Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> | Schöneres Lächeln - ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | Angstfreie Behandlung (Hypnose) | <input type="checkbox"/> |
| Kinderprophylaxe | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="checkbox"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="checkbox"/> | Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Lage der Praxis auf Empfehlung Internet

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den regelmäßigen Zahnarztbesuch, sowie Überweisungen zu Fachärzten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (art. 7 Abs 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient / des Erziehungsberechtigten