



Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen der Angaben baldmöglichst mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name (Hauptversicherter)	Vorname	Geburtsdatum
--------------------------	---------	--------------

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Telefon	Handy	Email
---------	-------	-------

Beruf	Arbeitgeber	Tel. tagsüber
-------	-------------	---------------

gesetzlich versichert

Privat / Selbstzahler

Versicherung / Krankenkasse

Zusatzversicherung

Möchten Sie von uns regelmäßig (alle 6 Monate) an **die zahnärztliche Vorsorge-Untersuchung** und ggf. Prophylaxe erinnert werden? ja nein

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

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). ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Gesundheitsbezogene Fragen:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- blutgerinnungshemmende Medikamente: _____
- sonstige Medikamente: _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- gegenüber Schmerzmitteln nein ja: _____
- gegenüber Antibiotika nein ja: _____
- gegenüber Lokalanästhetika nein ja: _____
- sonstige Allergien nein ja: _____

Herz- und Kreislauferkrankungen:

- erhöhter Blutdruck nein ja: _____
- niedriger Blutdruck nein ja: _____
- Blutgerinnungsstörungen nein ja: _____
- Herzrhythmusstörungen nein ja: _____
- Herzschrittmacher nein ja: _____
- Endokarditis-Prophylaxe erforderlich nein ja: _____
- besitzen Sie einen Herzpass? nein ja: _____
- andere Herzerkrankungen nein ja: _____

Infektionskrankheiten:

- HIV-Infektion nein ja: _____
- Hepatitis (A, B oder C) nein ja: _____
- Tuberkulose nein ja: _____
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit nein ja: _____

Sonstige Angaben und Erkrankungen:

- Diabetes (Zuckerkrankheit) nein ja: _____
- Asthma, Atemnot nein ja: _____
- Lungenerkrankungen nein ja: _____
- Magen- oder Darmerkrankungen nein ja: _____
- Leber- oder Nierenerkrankungen nein ja: _____
- Rheuma nein ja: _____
- Augenerkrankungen nein ja: _____
- Epilepsie oder Anfallsleiden nein ja: _____
- andere Erkrankungen nein ja: _____

- für Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____