

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Mitglied / Versicherter: _____

Anschrift: _____

Tel./ oder Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Versicherung / Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Bei welcher Versicherung?

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 Jahre?)

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit sorgfältig durch und kreuzen Sie das Zutreffende an.

Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder bei Medikamenten bitten wir sofort mitzuteilen.

- (ja) (nein) Allergien / Unverträglichkeiten
- (ja) (nein) Epilepsie oder andere neurologische Auffälligkeiten
- (ja) (nein) Atemwegserkrankungen / Asthma
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)
- (ja) (nein) Probleme mit dem Herzen / Besitzen Sie einen Herzpass?
- (ja) (nein) Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- (ja) (nein) Hypotonie (niedriger Blutdruck) oder Kreislaufprobleme
- (ja) (nein) Schlaganfall
- (ja) (nein) Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, HIV o.ä.)
- (ja) (nein) chronische Erkrankungen (z.B. Arthrose, MS etc.)
- (ja) (nein) Niereninsuffizienz / Dialysepflichtigkeit
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen
- (ja) (nein) Osteoporose
- (ja) (nein) Nehmen Sie Bisphosphonate (z.B. Osteoporosebehandlung)?
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (welche)
- (ja) (nein) andere nicht aufgeführte Erkrankungen

- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder andere Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag?
- (ja) (nein) Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen/Behandlungen auf?
Wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
- (ja) (nein) Haben Sie Angst vor der Behandlung?
- (ja) (nein) Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- (ja) (nein) Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?

Weitere wichtige Informationen:

Hausarzt:

Letzter Zahnarzt:

Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme?

Möchten Sie an Ihre Termine per SMS erinnert werden? (ja) (nein)

Möchten Sie an Ihre regelmäßige Kontrolle per SMS erinnert werden? (ja) (nein)
1x pro Jahr 2x pro Jahr

Bitte beachten Sie, dass wir eine Ausfallgebühr nach § 615 BGB berechnen müssen, wenn Sie einen Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Zahnärztekammern sein.

Hiermit bestätige ich, dass Unterlagen und Röntgenbilder zu medizinischem Zweck sowohl weitergeleitet als auch von uns angefordert werden dürfen.

Clenze, Datum _____

Unterschrift _____