



Liebe Patienten und Patientinnen

Seite 1/2

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 Geburtsdatum

Versicherte Person

Name Vorname Geburtsdatum

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Beruf Arbeitgeber

Telefon E-Mail

Krankenkasse Zusatzversicherung gesetzlich privat freiwillig Beihilfe

Mein Hausarzt: Name/Telefon

Mein Hauptanliegen, weshalb ich heute hier bin:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)
- Bluthochdruck /Hypertonie
- Bypass/Stent/Herzschrittmacher
- HIV/Aids
- Asthma/ COPD
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Tumorerkrankung
- Einnahme von Bisphosphonaten
- SchwangerschaftWoche
- Vielleicht schwanger
- Leiden oder litten Sie an Ess-Brech-Sucht (Bulimie)?
- Rauchen Sie? pro Tag
- Allergien

- Herzklappenerkrankung
- Nierenfunktionsstörung
- Herzinfarkt/Angina Pectoris
- Endokarditisprophylaxe
- Rheuma
- Tuberkulose
- Augenerkrankung
- Magen-Darm
- Osteoporose
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Niedriger Blutdruck?
- Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Tinnitus, etc.?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Bitte alle angeben bzw. Medikamentenplanvorlegen

Besitzen Sie einen Allergiepass?



Ich wünsche eine gezielte Beratung über ... (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Bleichen / Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

.....

.....

Terminerinnerung

Ich möchte halbjährlich schriftlich an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden ja nein

Wichtige Hinweise

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten stellen wir eine Ausfallsumme von 160,- € in Rechnung.

Durch das neue DSGVO bin ich als Patient aufgefordert, aktiv meine Zustimmung oder Ablehnung zur Weiterleitung bzw. Verarbeitung meiner Daten zu geben. Hiermit bestätige ich, die notwendige Aufklärung darüber erhalten zu haben.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigte(r)

Ich habe den Inhalt des Fragebogens verstanden und versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigte(r)