



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ZAHNARZTPRAXIS!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen komplett – soweit die Fragen auf Sie zutreffen – aus. Damit erleichtern Sie uns die administrativen Aufgaben und vereinfachen die medizinische Behandlung Ihrer Person. Zunächst die formalen Daten. Meist sind Patient und Versicherter identisch. Allerdings sind in der gesetzlichen Krankenversicherung manche Ehepartner und immer die Kinder über das eigentliche Mitglied versichert.

Nachname, Vorname des Patienten (ggf. Titel)

Geburtsdatum und Ort

Familienversichert über: Nachname, Vorname (ggf. Titel)

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Nummer

PLZ, Ort

Beruf

Telefon

Mobiltelefon

Beruf (zur Beurteilung bei evtl. Krankschreibungen und Verhaltensrichtlinien nach der Behandlung)

Krankenkasse (bei gesetzlichen Krankenkassen bitte das Bundesland nennen)

Bisherige Zahnarztpraxen (bitte den Namen und den Ort, die genaue Anschrift ermitteln wir gerne im Internet)

Derzeitiger Hausarzt (bitte den Namen und den Ort, die genaue Anschrift ermitteln wir gerne im Internet)

Bei den folgenden medizinischen Fragen machen Sie nur ein Kreuz, wenn es auf Sie zutrifft. Textfelder füllen Sie bitte aus. Bei Platzmangel oder weiteren Informationen weichen Sie bitte auf die Rückseite aus:

Wurden Sie beim Zahnarzt in den letzten zwei Jahren geröntgt? Ja, ca. Jahr: _____

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? Ja

Sofern Sie schwanger sind, bitte Geburtstermin oder Schwangerschaftswoche angeben: _____

Ist Ihnen bekannt, dass Sie schnarchen? Ja Nein

Berichtet Ihr Schlafpartner über Atemaussetzer? Ja Nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> Kreislaufprobleme | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> HbC | <input type="radio"/> HbB | <input type="radio"/> Herzprobleme |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Diabetes (Zucker) | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> HIV (Aids) | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Nikotinsucht |
| <input type="radio"/> Alkoholsucht | <input type="radio"/> Rauschmittel | | | | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (auch frei verkäufliche)?

Bekannte Allergien? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angegebenen Informationen. Ich bin weiter damit einverstanden, dass meine Daten in dieser Zahnarztpraxis maschinell verarbeitet und gespeichert werden, selbstverständlich unter Beachtung der Schweigepflicht. Genauere Informationen über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten in Ihrer Praxis kann ich in der Datenschutzbrochure im Wartezimmer einsehen.

Datum

Unterschrift