

**Patient:**

	Name	Vorname	Geburtsdatum/ -ort
Adresse:	_____		
Telefon privat :	_____		
Handy :	_____		
Telefon geschäftlich:	_____		
E- Mail :	_____		
*Beruf:	_____		
Krankenkasse:	_____		
Hausarzt:	_____		
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
*Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?:	_____		

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb haben wir unsere Datenschutzrichtlinien aktualisiert und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Durch die Inhalte der Datenschutzrichtlinie kommen wir hiermit unseren Informationspflichten nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO nach.

Bitte bestätigen Sie uns nachfolgend, dass Sie unsere AGB's sowie die vorgeschriebenen Datenschutzrichtlinien, die in unserer Praxis für Sie ausgehängt sind, gelesen und akzeptiert haben.

Hiermit bestätige ich, dass ich die AGB's sowie die vorgeschriebenen Datenschutzrichtlinien, die in der Praxis ausgehängt sind, gelesen und akzeptiert habe.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolltermin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kiefergelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	_____	
Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wurden Röntgenbilder erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Leiden Sie an Herz- Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Infektionserkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Ihnen Unverträglichkeiten/ Allergien bekannt? (Medikamente, Metalle, etc.) Ja Nein _____

Benutzen Sie zurzeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente? _____

(Wir weisen darauf hin, dass die Pille als Empfängnisverhütungsmittel durch von uns verabreichte Antibiotika unwirksam werden kann.)

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlicher Behandlung auf? Ja Nein

Benötigen Sie eine Antibiotika- Prophylaxe vor medizinischen Eingriffen? Ja Nein



Patient:

Name _____

Vorname _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Ja

Nein

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.

1. Allergie (welche)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
3. Atemwegserkrankungen (welche)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
4. Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○
5. Diabetes (welcher Typ)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	● ○
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○
8. Herz- Kreislauferkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
8.1 Herzinsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
8.3 Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
8.4 Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
8.5 Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
8.6 Herzklappenfehler/ - ersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○
8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
8.9 Mangeldurchblutung des ZNS/ Apoplex	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
9. Lebererkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
10. Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
10.1 Dialyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○
11. Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
12. Rheumatoide Arthritis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○
13. Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	●
14. Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	○

● **Achtung bei Lokalanästhesie**

○ **Gegebenfalls Antibiotikum Prophylaxe**

Ort, Datum _____

Unterschrift _____