



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Zunächst benötigen wir, neben Ihren Personalien, Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Allgemeine Angaben

Patient Vorname _____ Name _____ geb. am _____ in _____
Versicherter Vorname _____ Name _____ geb. am _____
Anschrift _____
Hausarzt/Anschrift _____
Telefon privat _____ Telefon mobil* _____
E-Mail* _____
Krankenkasse _____ gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt
 zusätzlich versichert freiwillig versichert

Ihr Gesundheitszustand

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung/Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Marcumar/Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis A,B,C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung/Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rücken- und Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____ Was wurde geröntgt? _____

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten/Materialien

ja nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Rauchen Sie?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knirschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges _____

Sie sind uns wichtig*

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** Internet andere Quelle _____

Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*** _____

Ihr persönlicher Beratungswunsch***

Professionelle Zahnreinigung ja nein

Weißer Zähne (Bleaching) ja nein

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja nein

Inlays ja nein

Implantate ja nein

Parodontal-/Zahnfleischbehandlung ja nein

Funktionsanalyse und -therapie ja nein

(bei Kiefergelenk-/Muskelschmerzen, Knirschen)

Sonstiges _____

Bitte beachten Sie:

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung/Lokalanästhesie notwendig sein, ist eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich. Daher sollten Sie dann nicht am Straßenverkehr teilnehmen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer persönlichen Daten und stimmen einer Speicherung ausdrücklich zu.

Datum _____

Unterschrift _____

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten / *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Datum _____

Unterschrift _____

* Freiwillige Angabe - diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

** Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

*** Freiwillige Angabe - wenn Sie eine entsprechende Beratung wünschen