



_____ Name des Patienten	_____ Vorname des Patienten	_____ Geburtsdatum des Patienten
_____ Name des Zahlungspflichtigen	_____ Vorname des Zahlungspflichtigen	_____ Geburtsdatum des Zahlungspflichtigen
_____ Straße, PLZ, Wohnort des Patienten	_____ Telefonnummer	
_____ Krankenkasse	_____ Arbeitgeber	_____ E-Mail Adresse

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung folgender Organe ?

	JA	NEIN		JA	NEIN
HERZ			BLASE/NIERE		
Zustand nach Infarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blasen-/ Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-/ Kreislaufstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LEBER		
Rythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bypassoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A/B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GELENKE/KNOCHEN		
Schrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KREISLAUF			Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZENTRALES NERVENSYSTEM		
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epileptische Anfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	STOFFWECHSEL		
AUGEN			Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATEMWEGE/LUNGE			Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	INFEKTIONSKRANKHEITEN		
Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAGEN-DARM-TRAKT			Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TUMORERKRANKUNGEN		
Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestrahlung/Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe? Wenn ja, welche?	JA	NEIN
Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie ein Bonusheft? Wenn ja, mit wie vielen Eintragungen? Die letzten 5 Jahre <input type="radio"/> Die letzten 10 Jahre <input type="radio"/>		
Haben Sie einen Pflegegrad? Keinen <input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 <input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5 <input type="radio"/>		
Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie? per Post <input type="radio"/> per SMS (Bitte Mobilnummer angeben) <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/>		

Ihre Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

Wir empfehlen Ihnen, nach der Behandlung mit einer örtlichen Betäubung kein KFZ zu führen!

Datum

Unterschrift des Patienten

**Datenschutzerklärung
umseitig →**



Datenschutzerklärung

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum des Patienten)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Zahnarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert.
- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde (Zahn-) Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Bei einem Zahnarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Zahnarzt meinem neuen Zahnarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meinem bisherigen Zahnarzt zur Verfügung gestellt bekommt.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum

Unterschrift des Patienten