

***Herzlich Willkommen
in der Praxis
Dr. med. dent. Hans-Georg Ziegler!***

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Herr/ Frau _____
Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Mitglied _____
Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ PLZ/ Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse oder Versicherung _____

- freiwillig versichert
- pflichtversichert
- privat versichert

*Es wird um Vorlage einer Krankenversichertenkarte gebeten. Andernfalls kann nach **10** Tagen gem. §4 BMV-Z ein Privathonorar erhoben werden. Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich bei Ihren Angaben etwas ändern sollte. Bei Nichteinhaltung der vereinbarten Termine, die nicht innerhalb von 24 Stunden abgesagt werden, behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr zu erheben.*

Recall/ Terminerinnerung

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem. Möchten Sie halbjährlich an die Kontrolluntersuchung erinnert werden?

- ja
- nein

Möchten Sie per E-Mail oder per Telefon benachrichtigt werden? *(Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit der oberen Angaben)*

- E-Mail
- Telefon/ Handynummer

Liebe Patientin/ lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

1. Haben Sie hohen Blutdruck? ja nein
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? ja nein
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ja nein
- Herzoperationen? ja nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Haben Sie einen Herzpass? ja nein
- Sonstiges? _____
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden aufgeführten Erkrankungen?
- Diabetes? ja nein
- Erkrankungen des Blutes? (*langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen usw.*)
- Allergien? Wenn ja, welche _____
- Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Asthma/ Lungenerkrankung? ja nein
- Nervenerkrankungen? ja nein
- Anfallsleiden/ Epilepsie? ja nein
- Magen- und Darmerkrankungen? ja nein
- Immunschwäche? (*z.B. HIV positiv*) ja nein
5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? ja nein
6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche _____
7. Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? _____ ja nein
8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____
9. Wann würden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? _____
10. Sind sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____ nein

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen gerne bei Fragen zur Verfügung.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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). Mir ist bekannt, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)