

Vorname, Name, Geburtsdatum _____

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.

Bitte geben Sie ihre aktuelle Anschrift an.

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Email-Adresse: _____

Arbeitgeber:

Name: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen):

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Gesundheitsfragebogen

Bei Auswahlmöglichkeiten bitte Zutreffendes unterstreichen.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie an einer Herzerkrankung?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden sie an zu niedrigem oder zu hohem Blutdruck? Bitte zutreffendes unterstreichen!..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar, Xarelto, ASS, Lixiana)..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Rheuma?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Diabetes (Zucker)?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an einer Lebererkrankung (Hepatitis)?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden sie an einer Lungenerkrankung / Asthma?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Allergien?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heuschnupfen/Latex/Metalle _____ | | |
| Haben Sie eine Arzneimittelüberempfindlichkeit?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Penicillin / andere Antibiotika (welche?) / Schmerzmittel ____ | | |
| Leiden Sie an Epilepsie?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- oder Kieferbereich geröntgt worden?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine sonstige Erkrankung?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Befanden Sie sich in den letzten Jahren wegen schwerwiegender Erkrankung in Behandlung?..... ja nein
weitere Informationen dazu: _____

Sind Sie Raucher?..... ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche SSW?..... ja nein

Zur Behandlung und Praxisorganisation

Sind Sie ein Angstpatient?..... ja nein

Wünschen Sie eine Professionelle Zahnreinigung?..... ja nein

Sind Sie zusatzversichert?..... ja nein

Möchten Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (RECALL)?..... ja nein

Halbjährlich oder Jährlich ? Bitte Zutreffendes unterstreichen. _

Normalerweise erinnern wir per E-mail. wenn nötig auch per SMS, Telefon oder Brief.

Wer hat Ihnen die Zahnarztpraxis M. Tonhäuser empfohlen?

EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich habe die "Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis" gelesen..... ja nein

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben einverstanden..... ja nein

Unterschrift: _____

Behandlungsrelevante Unterlagen dürfen an weiterbehandelnde Kollegen übermittelt werden..... ja nein

Unterschrift: _____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Datum / Unterschrift _____