

**Wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis begrüßen.
Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte
Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen.**

Patient: Name: _____ Geb.datum: _____

Versicherter: Name: _____ Geb.datum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenkasse: _____ Bonusheft vorhanden: Ja seit _____ Nein

Privat Versicherte - Basistarif Ja Nein Beruf _____

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden Ja Nein

Telefon _____ E-Mail _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenerkrankung Ja Nein

Herzinfarkt, Angina pectoris Ja Nein

Herzrythmus, Schrittmacher Ja Nein

Schlaganfall, Apoplex Ja Nein

Infektionserkrankungen

HIV , Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis (Typ) Ja Nein

Allergien

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Andere Allergien _____

Bitte wenden

Weitere Erkrankungen

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung, COPD | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma, Arthritis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nieren-/Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose, Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allgemeine Angaben

Schwangerschaft Ja Nein Monat: _____

Pflegegrad: Ja Nein Grad: _____

Medikamente: _____

Überwiesen, Empfohlen durch _____

Alle Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Die im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis erhobenen Daten werden entsprechend der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) an unser Fremdlabor in Bogen für Zahnersatz und an die KZV für die Abrechnung weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis für die Weitergabe Ihrer Daten an die obengenannten Institutionen.

Für Wünsche und Anregungen wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

Datum

Unterschrift