

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Füllen Sie bitte deshalb diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## PERSÖNLICHES

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer			PLZ/Ort		
Telefon privat		Telefon mobil		E-Mail	
Arbeitgeber			Telefon geschäftlich		

## VERSICHERUNGSSTATUS

**privat**  Kasse
  **gesetzlich**

**Standardtarif**  ja  nein
 **Zusatzversicherung**  ja  nein

**Sofern Patient/-in und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind – bitte ergänzen.**

Name		Vorname		Telefon privat/mobil	
Straße/Hausnummer			PLZ/Ort		

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name		Ort	
------	--	-----	--

## IN EIGENER SACHE

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Praxisschild	<input type="checkbox"/> Jameda
<input type="checkbox"/> Empfehlung von Ärzten/Therapeuten	<input type="checkbox"/> Werbung	<input type="checkbox"/> Webseite
<input type="checkbox"/> Überweisung durch <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> Internet allgemein

## GESUNDHEITSFragen

**Was können wir für Sie tun?**

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Bleaching
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Implantologie	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
<input type="checkbox"/> Ästhetische Behandlung	<input type="checkbox"/> neue Zähne	<input type="checkbox"/> andere Gründe <input type="text"/>

**Rauchen Sie?**  ja  nein

**Sind Sie schwanger?**  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat?

**Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung oder einen Unfall mit Kieferbeteiligung?**  ja  nein

Wenn ja, wann?

## GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein
<b>Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Endokarditis, Herzinfarkt, Herzfehler)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie (eine) künstliche Herzklappe(n)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie eine Blutkrankheit (Gerinnungsstörung, Bluterkrankheit/ Hämophilie usw.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Haben Sie Bluthochdruck?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie niedrigen Blutdruck?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Aspirin/ASS, Eliquis, Marcumar)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Haben Sie eine Medikamenten- bzw. Materialunverträglichkeit (Antibiotika, Metalle, Lokalanästhetika o. Ä.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Haben Sie Allergien?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Besitzen Sie einen Allergiepass?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte vorlegen.		
<b>Haben Sie Magen-/Darmerkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihren Blutzuckerwert? _____ mg/dl		

	ja	nein
<b>Leiden Sie unter ... einer Nierenerkrankung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>einer Lebererkrankung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>einer Lungenerkrankung (z. B. Asthma)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>einer Nervenerkrankung (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>einer Schilddrüsenerkrankung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>einer chronischen Krankheit?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>Rheuma?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoporose?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>einer ansteckenden Krankheit (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, vCJK, MRSA, Tuberkulose)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
<b>Kopf-/Gesichtsschmerzen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie eine Immunschwäche (z. B. HIV-positiv, AIDS)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben oder hatten Sie eine Hepatitis?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Haben oder hatten Sie eine Chemo- bzw. Strahlentherapie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		

Sollten Sie an einer Krankheit leiden, die hier nicht aufgeführt ist, bitten wir Sie, diese zu benennen:

\_\_\_\_\_

Unterrichten Sie uns bitte unaufgefordert, sobald sich Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben.

## HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht sowie alles sorgfältig gelesen und verstanden habe. Alle Kosten der Behandlung werde ich selbst tragen, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 DSGVO. Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten, Fotos und Röntgenbilder an das Praxislabor bzw. das zahnärztliche Labor, Nachbehandler sowie sonstige Dritte zu. Zu diesem Zwecke entbinde ich die Praxis Zahnärzte Salem, Dr. Schauda & Kollegen im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der davor behandelten Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter