

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt ärztlicher Schweigepflicht.

Ihre Dr. Elke Zink

Patient
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Nr. Tel.: tagsüber

Versicherung Beruf

Versicherter
Name Vorname geb.

Ärztliche Behandlung: Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Ihr Zahnarzt:

Medikament: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja Welche?
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol/Drogen zu sich? ja nein

Allergien: Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit?
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen: Herz (z.B. Herzmuskelentzündungen, angeborener Herzfehler) ja nein

Kreislauf: Durchblutungsstörungen ja nein

Bluthochdruck? ja nein zu niedriger Blutdruck ja nein

Bluten Sie lange, wenn Sie sich geschnitten haben? ja nein

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Schilddrüsen- Erkrankung ja nein

Atemwege: Asthma ja nein

Bronchitis ja nein

Bewegungsapparat: Rheuma ja nein

Infektionen: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis) ja nein

HIV oder AIDS ja nein

Tuberkulose ja nein

momentan: Röteln, Scharlach, Masern ja nein

Haut: Leiden Sie unter Haut- oder Geschlechtskrankheiten? ja nein

Nervensystem: epileptische Anfälle ja nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

- Ich bin darüber informiert, dass das folgende Beratungsgespräch sowie von mir gewünschte und erforderliche diagnostische und medizinische Leistungen im Rahmen des Beratungstermins in Rechnung gestellt werden und von mir persönlich beglichen werden müssen.
- Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten an den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.
- Ich bin mit einer Weitergabe der Röntgenbilder - auch auf elektronischem Weg - an mitbeteiligte zahnärztliche oder ärztliche Kollegen einverstanden.
- Arbeitsschritte die eine Assistenz erfordern, werden teilweise in Räumen mit mehreren Behandlungsplätzen durchgeführt.
- Ich stimme der Speicherung personenbezogener Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Overath, den Unterschrift