



<b>Patient</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>E-Mail</b>	<b>Telefon</b>
<b>Name Hausarzt</b>	<b>Name Zahnarzt</b>

Im Falle einer Familienversicherung - Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

Dürfen wir Sie bei terminlichen Änderungen / Absprachen kontaktieren?

JA      NEIN

## Besteht oder bestand bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

<b>HERZ</b>	JA	NEIN	Zustand nach Infarkt (wann: )
	JA	NEIN	Herzinsuffizienz
	JA	NEIN	Muskelentzündung
	JA	NEIN	Verengung der Herzkranzgefäße
	JA	NEIN	Rhythmusstörungen
	JA	NEIN	Bypassoperationen
	JA	NEIN	Herzklappenersatz
	JA	NEIN	Schrittmacher

<b>KREISLAUF</b>	JA	NEIN	niedriger Blutdruck
	JA	NEIN	Bluthochdruck
	JA	NEIN	Angina pectoris
	JA	NEIN	Durchblutungsstörungen
	JA	NEIN	Schlaganfall (wann: )

<b>ERKRANKUNG DES BLUTBILDENDEN SYSTEMS</b>			
JA	NEIN	Blutarmut	JA      NEIN      Bluter

<b>SONSTIGE ERKRANKUNGEN</b>		
JA	NEIN	Osteoporose
JA	NEIN	Tumorerkrankungen
JA	NEIN	HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
JA	NEIN	Hepatitis (Typ: )
JA	NEIN	Asthma
JA	NEIN	Grauer Star
JA	NEIN	Grüner Star
JA	NEIN	Magenerkrankung
JA	NEIN	Darmerkrankung
JA	NEIN	Nierenerkrankung
JA	NEIN	Dialyse
JA	NEIN	rheumatische Arthritis
JA	NEIN	epileptische Anfälle
JA	NEIN	Zuckerkrankheit (Typ I) / (Typ II)
JA	NEIN	Schilddrüsenüberfunktion
JA	NEIN	Schilddrüsenunterfunktion

<b>SONSTIGE MEDIZINISCHE WICHTIGE INFOS</b>	JA	NEIN	Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Welche?	
	JA	NEIN	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	
	JA	NEIN	Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Welche?	
	JA	NEIN	Besitzen Sie einen Allergiepass? (bitte mit Anamnesebogen vorlegen)	
	JA	NEIN	Hatten Sie frühere Operationen? Welche?	
	JA	NEIN	Traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Welche?	
	JA	NEIN	Rauchen Sie? Wie viel und seit wann?	
	JA	NEIN	Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Welche?	
	JA	NEIN	Sind Sie schwanger? In welchem Monat?	

**EINVERSTÄNDNIS FÜR ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENAUFNAHMEN**

Ich bin damit einverstanden, dass (im Falle einer notwendigen Aufnahme) mein Röntgenbild an meinen Zahnarzt übermittelt wird.

JA

NEIN

Unterschrift

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄß DATENSCHUTZ**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Informationen sind für Sie an der Rezeption einsehbar.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck eines für mich geeigneten Behandlungsverfahrens zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Unterschrift