



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.
Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne.
Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Persönliche Angaben:

weiblich männlich divers

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)

E-Mail

Beruf (freiwillige Angabe)

Hausarzt (freiwillige Angabe)

Hauszahnarzt bei Vertretung

Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Nutzen Sie die elektronische Patientenakte (ePA)?

Private Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Basistarif / Standardtarif

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben:

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Regelmäßige Medikamente

Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente:

(z.B. Ass100, Eliquis, Lixiana, Marcumar) (Bisphosphonate)

Infektionserkrankungen:

HIV

Ja Nein

Hepatitis

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

andere:

BLATT BITTE WENDEN



Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Künstlicher Herzklappenersatz Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein _____
Schmerzmittel Ja Nein _____
Antibiotika Ja Nein _____
Materialunverträglichkeit Ja Nein _____
andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Asthma Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Lebererkrankung Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
andere: _____

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führende Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten, speichern und an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte weitergeben darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ich willige ein Ich willige nicht ein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie: Nach einer Behandlung unter Anästhesie (örtliche Betäubungsspritze) können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Gesetzlicher Vertreter



Einwilligungserklärung/ Informationsweitergabe an Angehörige

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass die unten folgenden Angehörigen/ Bekannten:

- Informationen zu Befunden/ Therapien und Diagnosen meiner Person erhalten dürfen,
- Formulare/ Röntgenbilder zu meiner Person (Rezepte, Überweisungen, Befunde etc.) ausgehändigt bekommen dürfen,

nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient