

Liebe Patienten, wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben immer der ärztlichen Schweigepflicht.

I. Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße				
PLZ	Ort			
Telefon/Mobil	E-Mail			
Beruf	Arbeitgeber			

ICH BIN

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
<input type="checkbox"/> zusatzversichert	Krankenkasse / private Krankenversicherung
Bei welcher Zusatzversicherung?	
_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Basistarif

Name Ihres Hausarztes / Facharztes?	Name Ihres Hauszahnarztes?
_____	_____

WURDEN SIE VON EINEM KOLLEGEN AN UNS ÜBERWIESEN? WENN JA, VON WEM?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Jameda Internetseite Empfehlung von _____ Sonstiges _____

2. Allgemeine Gesundheitsfragen

HABEN BZW. HATTEN SIE FOLGENDE HERZ- / KREISLAUFERKRANKUNGEN?

- Haben Sie Blutdruckleiden? Ja Nein
Neigen Sie zur Ohnmacht? Ja Nein
Angina Pectoris? Ja Nein
Herzinfarkt? Ja Nein
Rhythmusstörungen? Ja Nein
Herzschrittmacher / Defibrillator? Ja Nein
Entzündungen der Klappen / des Muskels? Ja Nein
Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Ja Nein
Stent / By-Pass? Ja Nein

LIEGT BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN VOR?

- Diabetes / Zuckerkrankheit? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Magen-, Darmerkrankungen? Ja Nein
Lebererkrankungen? Ja Nein
Rheuma? Ja Nein
Nierenerkrankungen / Dialyse? Ja Nein
Osteoporose? Ja Nein

HABEN SIE FOLGENDE BLUT- ODER GEFÄSSERKRANKUNGEN?

- Thrombosen? Ja Nein
Schlaganfall? Ja Nein
Einnahme gerinnungshemmender (blutverdünnender) Medikamente? Ja Nein
Gerinnungsstörungen? Ja Nein
Blutungsneigung / Hämophilie? Ja Nein
Blutarmut / Anämie? Ja Nein

HABEN SIE FOLGENDE ATEMWEGS- ODER LUNGENERKRANKUNGEN?

- Chronische Bronchitis? Ja Nein
Asthma? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein

LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- Metastasen / Tochtergeschwülsten? Ja Nein
Muskelerkrankungen? Ja Nein
Hepatitis / Gelbsucht? Ja Nein
Magengeschwür? Ja Nein
Infektionskrankheiten? Ja Nein
Immunschwäche / AIDS? Ja Nein
Anfallsleiden / Epilepsie? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein
Angstzuständen? Ja Nein
Suchterkrankungen? Ja Nein
Augenerkrankungen / Glaukom? Ja Nein

3. Sonstiges

Bösartige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein

Wenn ja, welche?

4. Rechtliche Hinweise / Datenschutz

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (ab 45 Minuten) in Rechnung gestellt werden können.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach (zahn-)ärztlichen Behandlungen in Lokalanästhesie

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer (zahn-)ärztlichen Behandlung in Lokalanästhesie unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Einverständnis Röntgenerklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der (zahn-)ärztlichen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir durchgeführt werden. Ich willige hiermit ein, dass die Praxis M2 | Praxis im Merkurhaus Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (bspw. Kieferorthopäde / Hausarzt / Hauszahnarzt / Labor) einholt und in der Praxis erhobene Befunde mit behandelnden Ärzten teilt.

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

An dieser Stelle möchten wir Sie darüber informieren, dass im Rahmen der (zahn-)ärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf dieser Seite erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

Weitere Informationen zum Datenschutz, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben oder eine Auskunft zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption.

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten