



**ZAHNLIEBE
SCHWABACH**

Persönliche Angaben:

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

☐ Gesetzlich versichert

☐ Private Zusatzversicherung

☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Basistarif / Standardtarif

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Hausarzt

Allgemeine Angaben:

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____ Welches Körperteil? _____

Regelmäßige **Medikamente**

☐ Bisphosphonate

☐ Blutverdünner

☐ Beruhigungsmittel?

Welche? _____

Sonstige: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja Welcher Monat? _____

Pflegegrad (§15 SGB XI) ☐ Ja Welcher Pflegegrad? _____ Befristung bis? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck

☐ Ja**Infektionserkrankungen:**

HIV

☐ Ja

Herzklappenfehler/-ersatz

☐ Ja

Herzschrittmacher

☐ Ja

Schlaganfall

☐ Ja

Herzinfarkt

☐ Ja

Hepatitis

☐ A☐ B☐ C

Tuberkulose

☐ Ja**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika

☐ Ja

Schmerzmittel

☐ Ja

Antibiotika/Penicillin

☐ Ja

Andere: _____

Weitere Erkrankungen:

Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD)

☐ Ja

Genetische Erkrankung

☐ Ja

Neigung zur Thrombose

☐ Ja

Blutgerinnungsstörung

☐ Ja

Epilepsie/Ohnmachtsneigung

☐ Ja

Osteoporose

☐ Ja

Lebererkrankung

☐ Ja

Nierenfunktionsstörungen

☐ Ja

Magen-Darm-Erkrankung

☐ Ja

Rheuma

☐ Ja

Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja

Diabetes

☐ Ja

Typ _____ HbA1c-Wert _____

Tumorerkrankung

☐ Ja

Welche? _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung? _____

Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird. Bitte sagen Sie deshalb vereinbarte Termine spätestens 24 h vorher ab, andernfalls können wir die ausgefallene Zeit mit derzeit 25 € pro 15 Minuten in Rechnung stellen.

Dürfen wir Sie an Ihre regelmäßigen Vorsorgetermine erinnern (Recall - **MAIL**)?☐ Ja☐ Nein

Dürfen wir Sie an Ihre vereinbarten Behandlungstermine erinnern?

☐ Ja☐ Nein**Datenschutz**

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

Ich erkläre mich bereit, dass meine Behandlungsunterlagen in elektronischer Form gespeichert und verarbeitet werden. Alle in der Praxis tätigen Zahnärztinnen sowie Mitarbeiterinnen erhalten somit Zugang zu den Unterlagen und sind somit untereinander von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Alle in der Praxis tätigen Personen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten.

Die aktuellen Datenschutzbestimmungen liegen in der Praxis aus.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Außerdem bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben richtig sind.

Ort, Datum_____
Unterschrift