

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit zur Beantwortung unseres Gesundheitsfragebogens. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzvorschriften und werden streng vertraulich behandelt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, uns anzusprechen.



Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
*E-Mail:	
Krankenversicherung:	
Sind Sie im Basistarif versichert? <i>(gilt für Privatversicherte)</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Hausarzt:	

*Freiwillige Angaben

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein
 Niedriger Blutdruck Ja Nein
 Herzklappenfehler Ja Nein
 Herzklappenersatz Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Endokarditis Ja Nein

Hochgradige Neutropenie Ja Nein
Mukoviszidose-Erkrankung Ja Nein

Organtransplantiert Ja Nein

Stammzellentransplantiert Ja Nein

Autoimmunerkrankungen Ja Nein

Infektionskrankheiten:
 HIV Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein
 Andere Infektionskrankheiten: Ja Nein

Epilepsie Ja Nein
Asthma/Lungenerkrankungen Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Drogenabhängigkeit Ja Nein
Nervenerkrankung (z. B. Parkinson) Ja Nein
Nierenerkrankungen Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Raucher Ja Nein
Rheuma/Arthritis Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung: Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____ Ja Nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
 Lokalanästhesie Ja Nein
 Antibiotika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein
 Andere: Ja Nein

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja, Grad ____ Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Für Neupatient*innen:
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Bitte wenden.
 Ja Nein
Wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

Wir können Ihren Medikationsplan auch gerne kopieren!

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Ja Nein

seit _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Ja Nein

seit _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankungen?

Ja Nein

seit _____

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?

Ja Nein

seit _____

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Schweinfurt, den _____

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung für die Weitergabe von Patientendaten an die Zahn-Ärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Vor-/Nachname (ggf. gesetzlicher Vertreter), Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, Beruf/Arbeitgeber, Kostenträger, eventuell Tarife/Versichertenstatus, Rechnungsdaten-/beträge, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte an die Zahn-Ärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., Schulgasse 17, 86641 Rhein am Lech zum Zwecke der Einbeziehung der zahn-/ärztlichen Honorarforderung.

Ich entbinde den Zahnarzt/die Zahnärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Schweinfurt, den _____

Unterschrift: _____