



BILGER ZAHNÄRZTE

Praxis für Mundgesundheit

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb benötigen wir, neben Ihren persönlichen Angaben, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben sind für Ihre Sicherheit nötig.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Persönliche Angaben:

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Tel. privat	Handy	E-Mail
Haben Sie eine Zusatzversicherung? (gilt für deutsche Kassenpatienten)	Kinder: Versicherter oder Erziehungsberechtigter	Geb.-Datum Versicherter oder Erziehungsberechtigter

Gesundheitsfragebogen:

- Hausarzt (Name, Adresse)		
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?		
Wenn ja, welche Erkrankung?		
- Bestehen Überempfindlichkeiten / Allergien?		
- Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welchen?		
- Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
- Werden bei Ihnen regelmäßig Medikamente gespritzt?	☐ Ja	☐ Nein
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?	☐ Ja	☐ Nein
- Stehen oder standen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ Ja	☐ Nein
- Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?	☐ Ja	☐ Nein
- Stehen oder standen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐ Ja	☐ Nein

weiter auf der Rückseite

Herz-/Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen:

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Herzschwäche | ☐ Ja | ☐ Nein | - unregelmäßiger Herzschlag | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Angina Pectoris | ☐ Ja | ☐ Nein | - Herzschrittmacher | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Künstliche Herzklappe | ☐ Ja | ☐ Nein | - angeborener Herzfehler | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Herzinfarkt, wann? | ☐ Ja | ☐ Nein | - hoher Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Blutgerinnungsstörung | ☐ Ja | ☐ Nein | - niedriger Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Endokarditis | ☐ Ja | ☐ Nein | - Herzoperation | ☐ Ja | ☐ Nein |

Stoffwechselerkrankung:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Diabetes | ☐ Ja | ☐ Nein | - Magen-Darm-Erkrankung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Schilddrüsenerkrankung | ☐ Ja | ☐ Nein | | | |

Infektionskrankheiten:

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Gelbsucht / Hepatitis | ☐ Ja | ☐ Nein | - HIV / AIDS | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Tuberkulose | ☐ Ja | ☐ Nein | - Creutzfeld-Jakob-Krankheit | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - MRSA | ☐ Ja | ☐ Nein | - Andere: | | |

Weitere Angaben:

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Grüner Star | ☐ Ja | ☐ Nein | - Organtransplantation | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Stammzellen-transplantiert | ☐ Ja | ☐ Nein | - Asthma | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Osteoporoseerkrankung | ☐ Ja | ☐ Nein | - künstliches Gelenk | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Nierenerkrankung | ☐ Ja | ☐ Nein | - Depressionen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Epilepsie | ☐ Ja | ☐ Nein | - Rauchen Sie? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| - Schwanger | ☐ Ja | ☐ Nein | - Alkohol- oder drogenabhängig | ☐ Ja | ☐ Nein |

Wenn ja, welche Woche: _____

-Sonstiges: _____

Wir bitten Sie, Behandlungstermine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen - ansonsten können Ausfallzeiten von uns in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

- ☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass ich zukünftig mittels automatischer Termin-erinnerung per SMS und/oder E-Mail an meinen bevorstehenden Termin erinnert werden möchte und die dafür notwendigen Termini- und Daten per SMS und E-Mail an mich versendet werden dürfen. Der Versand erfolgt datenschutzkonform über unsere Terminplaner-Software CLICKDOC Pro.

Datum

Unterschrift