



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

SEITE 1 / 2

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem Gespräch mit dem Arzt **vor** der Behandlung. Vielen Dank.

Patient

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ / Wohnort

Straße

Telefon / Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Bei KVB I-III, Basis-Tarif, Postbeamten A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen übernommen

Versicherter (falls familienversichert)

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ / Wohnort

Straße

Zahnarzt

Name

PLZ / Ort

Überweisender Zahnarzt / Arzt

Name

PLZ / Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarztüberweisung Internet Empfehlung _____

Bitte kreuzen Sie an.

Ja **Nein**

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung?

(z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar® ASS® Xarelto® Clopidogrel® für Knochenstoffwechsel

Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente)?

Wenn ja, welche?

Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat?

Rauchen Sie?

Trinken Sie täglich Alkohol?

Konsumieren Sie Drogen?

Haben Sie ...

Herzerkrankungen?

eine Zuckerkrankheit?

Blutungsneigungen / Gerinnungsstörungen?

Atembeschwerden?

Leber- oder Nierenerkrankungen?

eine Tumorerkrankung?

Osteoporose?

sonstige Erkrankungen? _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass erforderliche personenbezogene Daten und Befunde meinem überweisenden Zahnarzt Herrn/Frau _____

sowie an folgende weiterbehandelnde (Zahn-) Ärzte weitergeleitet werden:

Soweit im Laufe der Behandlung weitere (Zahn-) Ärzte für eine Mit-, Weiter- oder Nachbehandlung aus medizinischen Gründen hinzuzuziehen sind, erteile ich bereits jetzt mein Einverständnis, dass an diese meine personenbezogenen Daten weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass die Daten nur im Zusammenhang mit einer Behandlung verwendet werden und dass ich das Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Gesetzliche, berufliche und vertrags(zahn)ärztliche Informationspflichten sind hiervon ausgenommen.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur DSGVO liegt öffentlich im Wartezimmer aus und ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. des gesetzlichen Vertreters