



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlich-chirurgischen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam der Praxis Dr. Planert / Dr. Angrik bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Persönliche Angaben

Name / Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:
Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Telefon:
Festnetz / mobil E-Mail

Betreuer:
(falls vorhanden) Name / Vorname Telefon

Beruf:

Krankenkasse: Private Zusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein

Auf Sie zutreffende Krankheiten bitte ankreuzen

Herz / Kreislauf

- ☐ Herzfehler
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt
Wann?
- ☐ Herzmuskelentzündung
Wann?
- ☐ Herzklappenersatz/-defekt
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Herzpass vorhanden?
- ☐ Hypertonie (Bluthochdruck)
- ☐ Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- ☐ Rhythmusstörung
- ☐ Vorhofflimmern
- ☐ Stent
Wann? /Wo?
- ☐ Bypass
Wann? /Wo?

Gefäße

- ☐ Schlaganfall
Wann?
- ☐ Thrombosen
Wann?
- ☐ Gerinnungsstörung
Welche?

Stoffwechsel

- ☐ Diabetes
insulinpflichtig? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Hashimoto- Thyreoiditis
- ☐ Rheuma
Medikamente?

Atemwege/Lunge

- ☐ Asthma
- ☐ chronische Bronchitis
- ☐ COPD
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Lungenembolie
Wann?

Augen

- ☐ Glaukom (grüner Star)
- ☐ grauer Star
- ☐ Makuladegeneration
- ☐ Erblindung

Infektionskrankheiten

- ☐ HIV (Aids)
- ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E
- ☐ Tuberkulose (TBC)
- ☐ MRSA
- ☐ Creutzfeldt Jakob

Erkrankung des Nervensystems

- ☐ Epilepsie
Letztmalig?
- ☐ Depressionen
- ☐ Lähmungen
- ☐ Morbus Parkinson

Magen / Darm

- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Colitis ulcerosa

Leber

- ☐ Leberzirrhose
- ☐ Fettleber

Knochen

- ☐ Osteoporose
☐ Behandlung mit Bisphosphonaten
oder Denosumab
☐ Spritze ☐ Infusion

Medikament?

.....

Nieren

- ☐ Dialysepflicht
☐ Nierenfunktionsstörung

gerinnungshemmende Medikamente

(dauerhaft oder in den letzten Tagen)

- ☐ ASS
☐ Falithrom
☐ Marcumar
☐ Clopidogrel
☐ Eliquis
☐ Lixiana
☐ Xarelto
☐ Thomapyrin
☐ andere

Welche?

.....

Andere Erkrankungen/ Behinderungen?

.....

.....

Tumorerkrankung

Leiden oder litten Sie an einer

Tumorerkrankung ?

- ☐ ja ☐ nein

Wann?

Welche?

Immunschwäche

- ☐ Einnahme von Cortison

Wie viel mg?

- ☐ Zustand nach Organtransplantation
☐ Zustand nach Chemotherapie

Letztmalig?

- ☐ Zustand nach Bestrahlung

Letztmalig?

Blut

- ☐ Gerinnungsstörung
☐ Häufiges Nasenbluten
☐ Neigung zu blauen Flecken
☐ Nachblutung nach Operation
☐ andere

Welche?

Medikamente

Falls vorhanden, Medikamentenplan bitte vorlegen.

.....

.....

allgemeine Angaben

- ☐ Schwangerschaft?

Welche SSW?

- ☐ Raucher?

Wieviel durchschnittlich?

- ☐ Trinken Sie Alkohol?

Wieviel durchschnittlich?

- ☐ trockener Alkoholiker

- ☐ Drogenkonsum

Welche?

Allergien

Falls vorhanden, Allergiepass bitte vorlegen.

- ☐ Jod
☐ Metalle
☐ Medikamente (z. B. Penicillin)

Welche?

.....

- ☐ Konservierungsstoffe
☐ Nüsse, Soja
☐ Latex
☐ Lokalanästhetika
☐ andere

Welche?

.....

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine für Sie reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig abzusagen (möglichst 48 Stunden vorher). Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 BGB berechnet werden.

Ort / Datum:

Unterschrift:

Datenschutz

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Als Arztpraxis lässt es sich nicht umgehen persönliche Daten zu erheben und zu speichern, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Die aktuell geltende Datenschutzverordnung (DSGVO) liegt bei uns in der Praxis zu Ihrer Einsicht aus. Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7, Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum:

Unterschrift: