



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sowie ggf. einen aktuellen Medikamentenplan.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Anmeldung bzw. zu Beginn der Behandlung im Sprechzimmer.

Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Titel | Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____ PLZ | Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Hausarzt _____ Überweiser | Hauszahnarzt _____

Krankenkasse _____ Hauptversicherter _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfe Basistarif

Zahnzusatzversicherung

GESUNDHEITSDATEN – Haben oder hatten Sie nachstehende Erkrankungen?

Herzschwäche	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Angina pectoris/Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stent/Bypass	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Depression	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzrhythmusstörungen/Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutungsneigung/Hämophilie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutarmut/Anämie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endokarditis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Embolie/Thrombose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Grüner Star	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma/Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Arthrose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaganfall, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Krebserkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Lebererkrankung/Leberzirrhose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wichtig: Werden/wurden Sie mit **Bisphosphonaten** behandelt? Ja Nein _____

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein? Ja Nein _____

Sonstige Medikamente: _____

Bitte wenden

GESUNDHEITSDATEN – Haben oder hatten Sie nachstehende Erkrankungen?

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Hepatitis A, B oder C Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Genesene COVID 19 / Coronainfektion Ja Nein

MRSA (Krankenhauskeim) Ja Nein
HIV Ja Nein
Sonstige Infektionskrankheiten Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Allergien/Überempfindlichkeiten? Ja Nein
Wenn ja, wogegen? _____

Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an Erkrankungen der Lunge/Atemwege? Ja Nein
Wenn ja, an welchen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein

Sind Sie vor kurzem, operiert wurden? Ja Nein
Wenn ja, woran? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich geröntgt? _____

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

Rochlitz, den _____ Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben.

AUFKLÄRUNG - Und Kenntnisnahme über Anästhesieformen

Sollte bei Ihnen eine Behandlung in Lokalanästhesie oder Sedierung (Dämmerschlaf) vorgesehen sein, beachten Sie bitte, dass für die nächsten **24 Stunden eine absolute Verkehrsuntüchtigkeit** besteht. Führen Sie kein Kraftfahrzeug und lassen Sie sich bitte von einer Begleitperson in der Praxis abholen.

Bei einer Notwendigen Behandlung (bspw. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Operationen und Präparationen) in örtlicher Betäubung zur Schmerzausschaltung, kann es in den seltensten Fällen zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatombildung, Selbstverletzungen sowie Nervenschädigung mit bleibenden oder zeitweisen Missempfinden bzw. Taubheitsgefühl.

Rochlitz, den _____ Unterschrift _____

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten (§ 13 DSGVO) zu und willige der Übermittlung dieser an Krankenkassen, Dentallaboren sowie Zahn- und Fachärzten ein.

Rochlitz, den _____ Unterschrift _____