

HERZLICH WILLKOMMEN!

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ist von großer Bedeutung, um den möglichen Effekt von Allgemeinerkrankungen auf unsere Behandlung auszuschließen. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen haben.

Ihr Team der Praxis Dr. Andrea Ohneseit



**PRAXIS AM
SCHLOSSPARK**

ZAHNÄRZTIN
DR. ANDREA OHNESEIT

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ/Ort

E-Mail

VERSICHERTE/R

Sind Patient/in und Versicherte/r nicht identisch, bitte die folgende Angabe ergänzen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

BERUF: _____

IHR HAUSARZT: _____

KRANKENKASSE: _____

Gesetzlich versichert

EU versichert

Privat versichert

Zusatzversichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

Allg. Beratung, Kontrolle

Zweitmeinung

Schmerzbehandlung

Unbefriedigende Ästhetik

BESITZEN SIE EINE PFLEGESTUFE?

Wenn ja, kreuzen Sie bitte ein, welche:

1 2 3 4 5



ERINNERUNGS-SERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme an Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per

(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

E-Mail

Anruf

Postkarte

Datum

Unterschrift des Patienten

EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG und NUTZUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

Datum

Unterschrift des Patienten

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich und kreuzen Sie zutreffendes bitte an.

nähere Angaben

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein	_____
Blutgerinnungsstörung?	Ja	Nein	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	Ja	Nein	_____
Herzklappenfehler/-ersatz?	Ja	Nein	_____
Hoher Blutdruck / niedriger Blutdruck?	Ja	Nein	_____
Diabetes?	Ja	Nein	_____
Erkrankungen der Atemwege?	Ja	Nein	_____
Lebererkrankungen?	Ja	Nein	_____
Nierenerkrankungen?	Ja	Nein	_____
Osteoporose?	Ja	Nein	_____



nähere Angaben

Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein _____

Erkrankungen des Nervensystems? Ja Nein _____

Tumorerkrankungen? Ja Nein _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein _____

Erkrankungen der Augen? Ja Nein _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein _____
(Bringen Sie bitte Ihren Medikamentenplan mit, wenn sie einen haben.)

Allergien? Wenn ja welche? Ja Nein _____

Antibiotika Schmerzmittel Lokalanästhesie Metalle zahnärztl. Materialien Latex

Haben Sie Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche? Ja Nein _____

Hepatitis Tuberkulose HIV

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein _____

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

nähere Angaben

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein _____

Haben Sie bereits Zahnersatz (Teilkronen, Kronen, Brücken, Prothesen)? Ja Nein _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein _____

Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein _____

Wie oft im Jahr ließen Sie bisher die professionelle Zahnreinigung durchführen?

0x 1-2x mehr als 2x

Zustimmung

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Spätere Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

Machern, den

Unterschrift