

Persönliche Daten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße / Nr.:	Telefon:
PLZ / Ort:	E-Mail:

Versicherter

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße / Nr.:	Telefon:
PLZ / Ort:	E-Mail:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenkasse:	Mitgliedsnummer:

Versicherungsstatus

<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Vollversichert
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung für		
	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung

Hausarzt

Hausarzt bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Betreuung sind:	Arbeitgeber:
ggf. gesetzl. Betreuer (Name, Vorname):	Telefon:
Anschrift:	E-Mail:

Bestehen bei Ihnen oder sind folgende **Gesundheitsstörungen** bekannt:

	ja	nein	weiß nicht
1 Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Grüner Star (Glaukom)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Schilddrüsenerkrankungen? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol) Welche, wieviel? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikamente / Dosierung:

Gab / Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?):

Im Falle einer geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung:

Diagnose:

Ist eine Kooperationsfähigkeit zur Behandlung gegeben:

ja nein bedingt

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse unerlässlich, die erhobenen Daten der zahnärztlichen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir darum, nachstehende Einwilligung zu geben.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären zahnärztlichen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen. Von dieser Zustimmung kann ich zu jedem Zeitpunkt zurücktreten.

Ich willige zur Datenerhebung ein Ich willige zur Datenerhebung NICHT ein

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen einverstanden:

ja nein

Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer: _____

Ort, Datum

Unterschrift