

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Dafür benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Name Vorname

Geburtsdatum PLZ · Ort

Telefon privat Straße · Hausnummer

Beruf** E-Mail*

Hausarzt**

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert: ☐ Freiwillig ☐ Pflicht

Privat versichert: ☐ Basistarif ☐ Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? ☐ Ja ☐ Nein

VERSICHERTER (Falls abweichend vom Patienten)

Name Vorname

Anschrift

Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

☐ Asthma ☐ Allergien, wenn ja, welche?

☐ Haben Sie einen Allergiepass? ☐ Diabetes

☐ Herzfehler · künstliche Herzklappe ☐ Endokarditisprophylaxe ☐ Herzinfarkt

☐ Herzschrittmacher ☐ Hoher Blutdruck ☐ Niedriger Blutdruck ☐ Ohrensausen · Tinnitus

☐ Epilepsie ☐ Grüner Star ☐ Leber ☐ Nieren

☐ Schilddrüse ☐ Magen-Darm-Trakt ☐ Gelenke (Rheuma) ☐ Osteoporose

☐ Tumorerkrankung ☐ Immunsuppression ☐ Schlaganfall

☐ Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen ☐ Sonstige Erkrankungen

* Freiwillige Angabe · wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe · diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

BITTE WENDEN

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

- ☐ Hepatitis ☐ HIV · AIDS ☐ Tuberkulose
☐ Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) ☐ Creutzfeldt-Jakob (CJK) · Varianten CJK

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

- ☐ Blutdruckmedikamente ☐ Herzmedikamente ☐ Bisphosphonate
☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva ☐ Cortison (Kortikoide)
☐ Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
☐ Sonstige Medikamente
☐ Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?
Wenn ja, gegen welche?

SONSTIGE ANGABEN

- Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein ☐ mehr als 10 Zigarette pro Tag
Schnarchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne?
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ Ja, wenn ja, in welcher Woche? ☐ Nein

ALLGEMEINE INFOS: Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort · Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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

HINWEISE ZUR AUSFALLGEBÜHR

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden im Voraus absagen muss. Mir ist bekannt, dass bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen eine Ausfallgebühr bis zu 100 € berechnet wird, da der reservierte Zeit- und Personalaufwand meist leider nicht mehr anderweitig genutzt werden kann.

Ort · Datum

Unterschrift

DR ISABEL SCHWEIGHOFER
ZAHNÄRTZIN

JOHANNISPLATZ 7 · 84405 DORFEN · TEL 08081 93 27 0 · FAX 08081 93 27 50
PRAXIS@ZAHNMEDIZIN-SCHWEIGHOFER.DE · ZAHNMEDIZIN-SCHWEIGHOFER.DE