



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie erklären sich mit der Weitergabe der zu Ihrer (weiteren) Behandlung notwendigen Röntgenbilder an andere Zahnärzte oder Ärzte einverstanden. Zu diesem Zweck entbinden Sie die Praxis Dr. Ulrich Saerbeck M.Sc., M.Sc. von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Persönliches

Name / Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert

ja

nein

Zusatzversicherung

ja

nein

privat versichert

ja

nein

beihilfeberechtigt

ja

nein

Basistarif

ja

nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Wer war Ihr vorheriger Zahnarzt?

Name / Ort

Wie lange waren Sie Patient?

(Monate / Jahre)

Wer hat Sie gegebenenfalls überwiesen?

Name

Ort

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wann sind Sie zuletzt geröntgt worden?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Ort

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch:

Telefon- / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

im Vorbeigehen / Praxisschilder

Suchmaschine (z. B. Google)

Sonstiges:

Erinnerungsservice (Recall)

Ja, ich möchte an meine Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden per Anruf E-Mail Post

(Diese Angabe ist freiwillig und ich kann diese Art der Kontaktaufnahme jederzeit widerrufen.).



Allgemeiner Gesundheitszustand

Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung oder zu hohen Blutdruck? ja nein

Sind Sie zuckerkrank? Leiden Sie an Diabetes? ja nein

Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal eine Gelbsucht? ja nein

Leiden Sie an einer Bluterkrankung oder einer Blutgerinnungsstörung? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen? ja nein

Haben Sie Asthma oder eine andere Lungenerkrankung? ja nein

Haben Sie Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen? ja nein

Haben Sie ein Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)? ja nein

Wurde bei Ihnen HIV festgestellt? ja nein

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? ja nein

Leiden Sie an Osteoporose? ja nein

Datum

Bestehen z. Zt. Sonstige Erkrankungen oder Infektionen? Wenn ja, welche? ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie? ja nein

Persönliche Vorgeschichte

Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder Nebenwirkungen durch ein örtliches Betäubungsmittel? ja nein

Was ist Ihr unmittelbares Anliegen?

Unterschrift des Patienten

Teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Kontaktdaten bitte unaufgefordert mit. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend darüber informiert. Beachten Sie bitte, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Die Datenschutzerklärung können Sie im Empfangsbereich unserer Praxis einsehen.