

Lieber Patient,  
um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand.

### ANGABEN ZUR PERSON

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Straße	Geburtsort
PLZ, Ort	E-Mail
Tel. (privat)	Tel. (mobil)
Beruf	Arbeitgeber

### KRANKENVERSICHERUNG

Privat

Gesetzlich

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### HAUSARZT

Name	Tel.
Straße	PLZ, Ort

### ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

- Angeborene oder erworbene Herzfehler Ja  Nein
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese, Endokarditis Ja  Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein
- sonstige Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems Ja  Nein   
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, hoher/niedriger Blutdruck)

wenn Ja, folgende

- Infektionskrankheiten Ja  Nein   
(z.B. HIV pos/AIDS oder Hepatitis A/B/C)

wenn Ja, folgende

- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) Ja  Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Schilddrüse (z.B. Unter-/Überfunktion) Ja  Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, Tbc) Ja  Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen von Magen/Darm, Leber oder der Nieren Ja  Nein

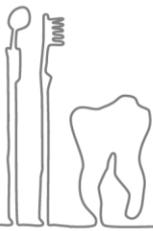
wenn Ja, folgende

- Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie) Ja  Nein

wenn Ja, folgende

- Erkrankungen der Augen (z.B. Glaukom/Grüner Star) Ja  Nein

wenn Ja, folgende



- Allergien  
(z.B. gegen Arzneimittel, Latex, Jod, bestimmte Materialien) Ja  Nein   
wenn Ja, folgende
- Schwangerschaft Ja  Nein   
wenn Ja, welche Woche
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? Ja  Nein   
wenn Ja, folgende
- Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Ja  Nein   
wenn Ja, folgende
- Wird/Wurde bei Ihnen eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt? Ja  Nein
- Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher  
Behandlung oder bestehen sonstige Erkrankungen? Ja  Nein   
wenn Ja, weshalb
- Haben Sie in den letzten zwei Jahren künstliche Gelenke bekommen?  
(z.B. Hüft- oder Knieprothese) Ja  Nein
- Hatten Sie bereits bei einer Lokalanästhesie (Betäubung) Probleme? Ja  Nein   
wenn Ja, weshalb
- Sind Sie Raucher? Ja  Nein
- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?
- Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne gemacht?
- Sind Sie interessiert an einer Zahnreinigung? Ja  Nein

#### DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036>.

#### ALLGEMEINE HINWEISE

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Teilen Sie uns eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!
- Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-Kiefer und Gesichtsbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

#### ÜBERPRÜFUNG GESUNDHEITSANGABEN & PERSÖNLICHE DATEN:

Nein, es hat sich nichts geändert.  Ja, es gibt folgende Änderungen:

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

Nein, es hat sich nichts geändert.  Ja, es gibt folgende Änderungen:

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------

Nur zur Unterschrift  
in den Folgejahren!

Nur zur Unterschrift  
in den Folgejahren!