

## Patientenfragebogen

**Vor-/ Nachname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**Tel.:**

**PLZ, Ort:**

**Krankenkasse:**

**Überweisender Arzt/Zahnarzt:**

**Hausarzt:**

**Beruf:**

**Leiden/litten Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffende bitte ankreuzen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           | <input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis           |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Depressionen            |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                        | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (tabl. oder insulinpflichtig?) | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung        |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (Asthma, COPD)         | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (KHK, Stents, Bypass)  | <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen     |

**Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?**

ja

nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

ja

nein

(siehe Medikamentenplan)

**Sind Sie Raucher?**

ja

nein

**Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft?**

ja

nein

Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter strikter Beachtung des Datenschutzes gemäß der EU-DSGVO und in die Weitergabe im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistung an Dritte (andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen) ein, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient od. gesetzl. Vertreter