

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem
allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Die Angaben müssen immer auf dem aktuellen Stand
sein, deshalb benötigen wir diese Informationen von Ihnen jährlich.

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

Name: Telefon/Mobil:
Geburtsdatum/ Geburtsort: E-Mail:
Adresse: Hausarzt:
..... Arbeitgeber:

Bonusheft vollständig : Nein ☐ 5 Jahre ☐ 10 Jahre ☐
Besteht eine Zusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen und zutreffendes unterstreichen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung/-ersatz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zu blauen Flecken |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? (wie viel pro Tag: _____) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (wenn ja, im.....Monat) |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus | |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) Welche..... | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche..... | |
| <input type="checkbox"/> Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Welche..... | |

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesicht- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein.

1. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.
2. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
3. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
4. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ja ☐ Nein ☐

Wir sind verpflichtet, Ihre Daten in Ihre elektronische Patientenakte (ePA) hochzuladen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie dem zu. Möchten Sie nicht, dass Ihre Daten hierfür genutzt werden, müssen Sie dies aktiv an der Rezeption unserem Personal mitteilen.

Datum..... Unterschrift.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.