



Sehr geehrte(r) Herr/Frau _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen zu einzelnen Fragen weiter und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Keine Änderungen seit: _____

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Ja	Nein		Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schrittmacher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion

Leiden / litten Sie an folgenden Erkrankungen? Oder besteht d. Verdacht a. folgende Erkrankungen?

Ja	Nein		Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV bzw. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grüner Star
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)			

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluten sie lange wenn Sie sich schneiden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekommen Sie leicht blaue Flecken?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen behandelnden Hausarzt? wenn ja, Name: _____

Weitere administrativ und für die Behandlungsplanung wichtige Informationen:

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist bei Ihnen eine Pflegestufe anerkannt worden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin an Prophylaxemaßnahmen (professionelle Zahnreinigung / PZR) interessiert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich telefonisch Terminerinnerungen von der oben genannten Praxis erhalte.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ich schon vor der Praxisübernahme durch Hr. Arend Patient bei Hr. Dr. Schön war, stimme ich einer Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. Peter Schön geführten Patientenunterlagen durch Herrn Krischan Arend als Praxisinhaber, ausdrücklich zu.



Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis:

- Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um eine vorherige telefonische Terminvereinbarung.
- Da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine bis mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Diese Absagen sind dann nicht kostenpflichtig.
- Wir bieten Ihnen einen kostenlosen „Recall-Service“ zur Vorsorge -Untersuchung und Prophylaxe an, bei dem wir Sie regelmäßig telefonisch an Terminvereinbarung erinnern.
- Ich bin über die EU- Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) informiert worden.
- Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Datum: _____

Unterschrift: _____