

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Vorname

Geburtsdatum Name, Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters

PLZ, Ort Straße Telefon Handy

Versicherung, Krankenkasse Mitglied Pflicht, freiwillig Pflegegrad/Eingliederungshilfe

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte gegebenenfalls ergänzende Angaben eintragen
Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ, HbA1c-Wert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert:
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzinsuffizienz / -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Brustenge / Herzschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erkrankung	ja	nein	ergänzende Angaben
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente (welche), erhielten Sie je Bisphosphonate (z.B. Zometa, Actonel, Fosamax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Hausarztes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anschrift / Telefon des Arztes:

	ja	nein	
Um von Anfang an zielgerecht behandeln zu können, bitte ich Sie um die Beantwortung folgender Fragen:			
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knirschen oder knacken Ihre Kiefergelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie oft Kopf- oder Nacken- schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie die Aufnahme in unser Recallsystem? Bitte nennen Sie uns Ihre E-Mail Adresse!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten nach Datenschutz-Grundverordnung

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Dr. Grahl mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Zahnärzten, Kieferorthopäden, Kieferchirurgen, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Dentallabore zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen erhebt und für den Zweck der von ihm zu erbringenden Leistung verarbeitet und nutzt.
- Dr. Grahl mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde andere Ärzte / Zahnärzte, Kieferorthopäden, Kieferchirurgen, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Dentallabore zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Vorname / Nachname

Geburtsdatum

Ort, Datum Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters