

# Kerstin Dahlke-K.

## Zahnärztin

Kirchblick 1  
24969 Großenwiehe

**Tel: 0 46 04 - 98 80 90**

**Fax: 0 46 04 - 98 81 40**

Praxis für Zahnheilkunde & Prophylaxe

[kontakt@zahnarztpraxis-grossenwiehe.de](mailto:kontakt@zahnarztpraxis-grossenwiehe.de)

[www.zahnarztpraxis-grossenwiehe.de](http://www.zahnarztpraxis-grossenwiehe.de)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Mobil

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

### Versicherter

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Mobil

### Röntgen

Wurden ihre Zähne in den letzten zwei Jahren geröntgt?

ja  nein

### Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja  nein

Wenn ja, in welche SSW?

\_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**



### Allgemeinmedizinische Auskünfte

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Hatten Sie in der Vergangenheit Tumorerkrankungen?  
(Haben Sie in der Zeit **Bisphosphonate** bekommen?)  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig andere **Medikamente** ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
Wenn ja, bitte legen Sie uns diesen zur Einsicht vor!

### Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

**Herzkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja  nein  
Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Epilepsie, Migräne, Depression)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)  ja  nein

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

**Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung?**  ja  nein

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

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

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

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis A, B oder C  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein

MRSA  ja  nein

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie **Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabhängig?**  ja  nein

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

### Zahnmedizinische Auskünfte

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

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

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Versenden von Röntgenbildern

Hiermit gestatte ich, der Zahnarztpraxis Kerstin Dahlke-K. im Bedarfsfall, meine Röntgenbilder z.B. per E-Mail an mit behandelnde Ärzte zu übermitteln.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter



### Datenschutz

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert und verarbeitet; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3, DS-GVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zu Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 1, DS-GVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Aufklärung zur Teilnahme am Straßenverkehr nach Anästhesie

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche die Teilnahme am Recall-Service.

- per E-Mail wenn noch nicht angegeben, Adresse: \_\_\_\_\_
- per SMS
- per Anruf
- keine Teilnahme