



**Patient** (ausfüllen, wenn andere Person als Versicherte/r):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

**Versicherte/r:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

- gesetzlich   
  freiwillig   
  privat   
  Basistarif   
  beihilfeberechtigt  
 private Zahnzusatzversicherung

**Mein/e Hausarzt/ärztin:**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Zutreffendes bitte markieren und ausfüllen.

### Leiden/litten Sie an Erkrankungen der/des

- Herzens oder Blutkreislaufs
- Blutes (Blutarmut, Blutgerinnungsstörung)
- Leber (Gelbsucht)
- Lunge (Asthma)
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma, rheumatisches Fieber)
- Wirbelsäule
- Augen (grüner Star, Glaukom)

### Haben oder hatten Sie

- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- ein Anfallsleiden (Epilepsie)
- eine Krebserkrankung
- Osteoporose
- künstliche Gelenke
- eine Immunschwäche (HIV/AIDS)  
Hepatitis  A  B  C
- Tuberkulose
- Migräne/Kopf-/Nacken-/Rückenschmerzen
- Ohrensausen (Tinnitus)
- Depressionen
- Angstzustände
- sonstige Erkrankungen
- Allergien (Heuschnupfen)
- Medikamente oder Spritzen nicht vertragen
- eine Allergie gegen Jod oder Latex

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- angeborene/erworbene Herzfehler
- Herzklappenfehler
- eine Herzklappenprothese
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- Herzoperationen
- Angina pectoris
- einen Herzschrittmacher

### Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig

- Herzmedikamente     Schmerzmittel
- Antidepressiva     Kortison
- blutverdünnende Medikamente  
(Marcumar, ASS, Clopidogrel)
- Medikamente gegen Bluthochdruck
- Bisphosphonate (Fosamax) | Prolia/Xgeva
- andere Medikamente: \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  ja  vielleicht

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

- Neigen Sie zu blauen Flecken?
- Neigen Sie zu Ohnmacht(en)?
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
- Rauchen Sie?
- Fühlt sich Ihr Mund manchmal trocken an?

Datum	Unterschrift



## Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. Bsp. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe [Patienteninformationen zum Datenschutz, Link\\*](#); oder fragen Sie an der Rezeption nach). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

[Link](http://www.kazachkova.de/pa-da): [www.kazachkova.de/pa-da](http://www.kazachkova.de/pa-da)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter