

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung / Empfehlung von \_\_\_\_\_

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

Herzens oder Kreislaufs  ja  nein  
 Leber  ja  nein  
 Nieren  ja  nein  
 Schilddrüse  ja  nein  
 Magen-Darm-Traktes  ja  nein  
 Gelenke (Rheuma)  ja  nein  
 Wirbelsäule  ja  nein

### Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente  Cortison  
 Schmerzmittel  Antidepressiva  
 Blutverdünnende Medikamente:  Marcumar  ASS  
 Andere Medikamente:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck  ja  nein  
 Niedrigen Blutdruck  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Zahnfleischbluten  ja  nein  
 Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein  
 Epilepsie  ja  nein  
 Grünen Star  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 HIV (Aids)  ja  nein  
 Hepatitis  ja  nein  
 Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C  
 Allergien  ja  nein  
 Wenn ja, wogegen?  
 \_\_\_\_\_

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Wenn ja, wann ist der voraussichtliche  
 Geburtstermin? \_\_\_\_\_

### Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein  
 Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein  
 Schnarchen Sie?  ja  nein  
 Rauchen Sie?  ja  nein  
 Haben Sie das Gefühl,  
 dass Ihr Atem riecht?  ja  nein  
 Sind Sie mit dem Aussehen  
 Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris  
 einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt  
 einen Herzpass

### Informationsservice

Ich möchte Ihren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten!  
 Ich möchte halbjährlich per Post oder Email an meine  
 Vorsorgeuntersuchung erinnert werden!

Ich bin darüber informiert worden, dass die Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig ist. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist eine Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Dokumentation der Behandlung zum Zweck der sachgerechten therapeutischen Behandlung und Weiterbehandlung und zur Erfüllung der gesetzlicher Pflichten durch die Praxis zu.

Falls angekreuzt, stimme ich zusätzlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Teilnahme am Praxisnewsletter und/oder zur Erinnerung an meine Vorsorgeuntersuchung zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).