

Gesundheitsfragebogen

Im Interesse einer komplikationslosen zahnärztlichen Behandlung bitten wir um einige Angaben. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Name, Vorname _____ geb. am _____
 Straße / Nr. _____ PLZ, Ort _____

Ja	Nein								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzerkrankungen	Infarkt	<input type="radio"/>	Schrittmacher	<input type="radio"/>	Clappenersatz	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaferkrankungen	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	Angina pectoris	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenerkrankungen	Grauer Star	<input type="radio"/>	Glaukom	<input type="radio"/>	_____		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	Dialyse	<input type="radio"/>	_____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankungen	Hepatitis	<input type="radio"/>	A	<input type="radio"/>	B	<input type="radio"/>	C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stoffwechselerkrankung	Diabetes	<input type="radio"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atemwegserkrankungen	Asthma	<input type="radio"/>	_____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	künstliche Gelenke oder Organe (Niere, Hüfte, Knie, etc.)			seit wann? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft			Monat? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen andere Erkrankungen? (MRSA, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, HIV, Epilepsie)			Welche? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente?			Welche? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bekommen Sie eine Bisphosphonat Therapie bei Osteoporose oder Prostatakrebs?			Welche? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien (Jod, Pflaster, Medikamente)			Welche? _____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden Sie in den letzten 18 Monaten im Kieferbereich geröntgt?							

* Sollten Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, benötigen wir die Namen und Anschriften der behandelnden Hausärzte oder Krankenhäuser: _____

Wir machen Sie darauf 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 andere Medikamente.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Gesundheitsdaten und willigen der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten ein.

Sottrum, den Unterschrift

Erinnerungsservice

Möchten Sie informiert werden, wenn durch unsere Praxis ein Termin verschoben werden muss?

Nein / E-Mail Post Telefon

Dürfen wir Sie an Ihre bereits vereinbarten Termine 1 – 2 Tage im Voraus erinnern?

Nein / E-Mail Telefon SMS

Dürfen wir Ihnen Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail senden?

Nein / Ja

Wenn Sie eine Erinnerung und Informationen wünschen, füllen Sie bitte die nachfolgenden Kontaktdaten aus:

E-Mail _____

Tel. privat/dienstl. _____ Mobil _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin bereit, an Ihrem Erinnerungsservice teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner oben angegebenen zusätzlichen personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (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).

Sottrum, den Unterschrift

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes sowie der geltenden Berufsordnung und werden daher streng vertraulich behandelt.