



Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Mitglied: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung:  ja  nein

Liebe Patienten,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um regelmäßige Aktualisierung folgender Angaben. Bei Schwierigkeiten oder Fragen helfen wir Ihnen gern weiter. Ihre Praxis Dres. Heinrich

### Leiden Sie an / haben Sie:

Herz-/ Kreislauferkrankungen ( hoher /  niedriger Blutdruck) \_\_\_\_\_  einen Herzschrittmacher

Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_  
*(z.B. Hepatitis (Gelbsucht), Aids)*

Allergien, Arzneimittelunverträglichkeit \_\_\_\_\_  
*(z.B. Penicillin, Jod, Nelkenöl, Ultracain)*

Innere Krankheiten \_\_\_\_\_ Störungen der Blutgerinnung   
*(z.B. Diabetes, Asthma, Epilepsie, Glaukom (grüner Star), Tumor z.Zt. oder gehabt? (z.B. nach Zahnentfernung)*

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
*(Bei mehreren Medikamenten bitte Medikamentenplan nachreichen)*

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein (Osteoporose /schlechte Wundheilung): \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft / welcher Monat \_\_\_\_\_ Rauchen Sie:  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Möchten Sie informiert werden über Möglichkeiten der Prophylaxe, d.h. um weitere Zahnschäden zu vermeiden?  ja  nein

**Vereinbarte Terminabsprachen sind für mich verbindlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Verweilgebühr berechnet werden kann, sofern der Termin nicht 48 Std. vorher abgesagt wird.**

- Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der praxisinternen Verarbeitung, Abrechnung mit den Krankenkassen über die KZVN, ggf. Überweisung an Kieferchirurg/Physiotherapie, Auftrag für path.- anatom. Begutachtung, Fremdlabor, Hausarzt/Facharzt, Hauszahnarzt durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. 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).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift