



Wir begrüßen Sie herzlich im Zentrum für ZAHNHEILKUNDE ITZEHOE
Dr. Sanaz Mortezaei & Kollegen!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte beachten Sie!

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Zudem erhalten Sie von uns (mind. 1 Tag) vor Ihrem Termin eine Bestätigungs-SMS, -E-Mail oder einen Anruf.

Patient/in
Herr/Frau/Kind _____

Name	Vorname	geb./Geburtsort
------	---------	-----------------

Mitglied _____

Name	Vorname	geb./Geburtsort
------	---------	-----------------

Anschrift _____

Straße	Nr.	Postleitzahl	Ort
--------	-----	--------------	-----

Telefon _____

Tel. tagsüber / dienstlich	Tel. privat
----------------------------	-------------

Mobil	E-Mail
-------	--------

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse
oder Versicherung _____

privat Beihilfe private Zusatzversicherung privater Standardtarif

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| private Empfehlung | <input type="checkbox"/> | durch wen? _____ |
| Focus Implantologenliste | <input type="checkbox"/> | |
| überweisender Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | Praxis Dr.: _____ |
| Internet | <input type="checkbox"/> | |

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, weswegen?

Hausarzt / Zahnarzt: Name, Adresse oder Telefonnummer:

.....

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....

Sehr wichtig!!!

Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, ca. wieviele Zigaretten / Tag?

Nehmen oder nahmen Sie je **Biphosphonate** (z.B. Didronel, Bonafos, Aredia, Fosamax, Bondranat, Acetonel, Skelid, Bonviva, Ostac, Zometa oder andere) **ein** (z.B. nach Tumorerkrankung, Osteoporosetherapie)?

nein ja weiß nicht per Infusion/Spritze

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? nein ja welches:

Haben Sie künstliche Gelenke? nein ja welches:

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? nein ja

Herzasthma, Angina pectoris? nein ja

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? nein ja

Hatten Sie je einen **Herzinfarkt**? Wenn ja, wann? nein ja

Sonstiges:

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? nein ja

Zu niedriger Blutdruck? nein ja

Stoffwechsel- Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? nein ja

Magen-Darmerkrankungen? nein ja

Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

Erkrankungen des

Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? nein ja

Krämpfe? nein ja

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)? nein ja

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? nein ja
Tuberkulose? nein ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? nein ja
Sind Sie HIV positiv? nein ja

Sonstiges: Schlaganfall? nein ja
grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)? nein ja
Schwangerschaft nein ja
Wenn ja, in welcher Woche?

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? nein ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Wenn ja, Praxis Dr.:

Anschrift:

Welche Wünsche/ Beschwerden führen Sie zu uns?

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Hinweise zum Datenschutz

Patient

.....
Name Vorname

Anschrift

.....
Straße Nr. Postleitzahl Ort

E-Mail

.....

Mobilfunknummer

.....

Die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten bei uns mit größter Sorgfalt behandelt werden. Ihre Daten sind bei uns sicher. Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.

Wir möchten Sie umfassend betreuen und benötigen nach neuesten gesetzlichen Bestimmungen dazu Ihre Einwilligung:

Recall / Terminvergabe:

Professionelle Zahnreinigung und regelmäßige Nachuntersuchungen stellen Ihre Mundgesundheit sicher. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie an fällige Termine telefonisch, postalisch oder per E-Mail/ SMS erinnern dürfen.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

Einwilligung in die Datenverarbeitung zu weiteren Zwecken:

Des Weiteren möchten wir Sie gerne über medizinische Neuigkeiten und Dienstleistungen sowie Veranstaltungen und Veränderungen rund um unsere Praxis informieren. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie schriftlich oder per E-Mail informieren dürfen.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung Ihrer persönlichen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen telefonisch oder schriftlich widerrufen!