

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen und begrüßen Sie herzlich in der **Zahnarztpraxis Dr. (Univ. Padua) Krupa in der Marienstraße 3.**

Um eine optimale und umfassende Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir Sie folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten. Diese Informationen sind für die Behandlung erforderlich, um eventuelle Risikofaktoren auszuschließen. **Bitte in Druckschrift ausfüllen!**

Eventuelle Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen!

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger bzw. Erziehungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Für gesetzlich Versicherte: besteht eine private Zusatzversicherung

Für Privatversicherte: Privat versichert – nicht im Basistarif
 Privat versichert – im Basistarif
 Privat versichert – im Standardtarif
 Beihilfeberechtigt

Folgende Angaben betreffen den Patienten:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche oder Medikamentenpass bitte vorlegen

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, wie z. B. Marcumar, ASS, Aspirin ein? ja nein

Wenn ja, welche _____

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma ja nein
Allergien (Allergiepass) ja nein wenn ja, bitte zur Behandlung vorlegen

Unverträglichkeit von Medikamenten, Lebensmittel, Latexhandschuhe, sonstiges wenn ja welche?

Blutdruck niedrig normal hoch
Herzinfarkt ja nein
Schlaganfall ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein **Herzpass?**

Wurde bei Ihnen ein Endokarditisrisiko (Herzmuskelentzündung) festgestellt? ja nein

Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Blutzucker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Polyarthrit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Leiden Sie unter Epilepsie? ja nein

Leiden Sie unter Multiple Sklerose oder Parkinson? ja nein

Wurden bei Ihnen Organe oder künstliche Gelenke transplantiert? Wenn ja, welches und wann

Liegt eine Krebserkrankung vor? ja nein
wenn ja
Bestrahlung in Kopf-Hals-Bereich ja nein
Chemotherapie ja nein

Besteht ein Pflegegrad nach § 15 SGB XI? ja nein

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
Sind Sie Raucher? ja nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor? ja nein
Wenn ja, welche

Möchten Sie in unsere Erinnerungskartei aufgenommen werden? ja nein
Dieser Service beinhaltet, dass Sie nach Ablauf eines halben Jahres zur Vereinbarung eines Kontrolltermines von uns benachrichtigt werden.

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____