

Gesundheitsfragebogen

Zahnärzte im Stahlbadehaus

ZA Thomas Wüst

Dr. Steffen Wich- Schwarz

| | Patient | Mitglied (bei Familienversicherung) |
|----------------------------|---------|-------------------------------------|
| Name | | |
| Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Straße | | |
| Wohnort | | |
| Telefon/ Fax privat | | |
| Mobil | | |
| E- Mail | | |
| Beruf | | |
| Arbeitgeber+Telefon | | |
| Krankenkasse | | |

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Punkte an:

| | | |
|--|---|---|
| <p>Herz</p> <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Muskelentzündung (Endokarditis) <input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Bypassoperation/ Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Schrittmacher <p>Kreislauf</p> <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <p>Erkrankung des blutbildenden Systems</p> <input type="checkbox"/> Blutarmut <input type="checkbox"/> Bluter/ Blutgerinnungsstörung <p>Magen- Darm- Trakt</p> <input type="checkbox"/> Magen- u. Darmerkrankungen | <p>Augen</p> <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck <p>Atmungswege/Lunge</p> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <p>Blase- Nieren</p> <input type="checkbox"/> Blasenkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Dialyse <p>Leber</p> <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C <p>Bewegungsapparat</p> <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Gicht | <p>Nervensystem</p> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle <p>Stoffwechsel</p> <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes Typ1 /Typ2) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <p>Leiden/litten Sie an diesen Krankheiten?</p> <input type="checkbox"/> HIV bzw. AIDS, Tuberkulose <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen <p>Psychische Erkrankungen</p> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> andere psych. Erkrankungen <p>Sonstiges</p> <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Menge pro Tag <input type="checkbox"/> Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> Bisphosphonateinnahme? |
|--|---|---|

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Tel. Nr.:.....

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

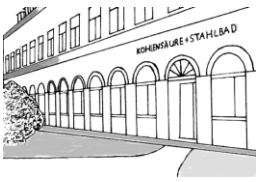
- Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?
- Sind Sie allergisch gegen Medikamente oder andere Stoffe?
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
- Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, welcher Monat?
- Möchten Sie von uns an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? – Bitte füllen Sie ebenfalls die Rückseite aus

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit 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 anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Bad Schwalbach, den Unterschrift.....

-bitte wenden-



Gesundheitsfragebogen

Zahnärzte im Stahlbadehaus

ZA Thomas Wüst

Dr. Steffen Wich- Schwarz

Ich möchte an Ihrem Recall-Service teilnehmen.

Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Damit ich per E-Mail an eine Kontrolluntersuchung erinnert werde,

folglich meine E-Mail-Adresse: _____

**Datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung** für die
Verarbeitung personenbezogener
Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.
1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der regelmäßigen Erinnerung an einen Vorsorgetermin (Recall) durch die Praxis zu.

Hiermit wurde ich darauf hingewiesen, 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).

Bad Schwalbach, den

.....
Patient/in