

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Nur so können wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
--------------------	---------	--------------	------------

Straße	Postleitzahl Wohnort	Beruf
--------	------------------------	-------

Telefon	mobil	Email
---------	-------	-------

selbst versichert	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	- wenn NEIN:
Name des Zahlungspflichtigen	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	Postleitzahl Wohnort		

Krankenkasse

Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung?
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Welche? _____

mein Zahnarzt: _____

mein Hausarzt: _____

**Bei Eingriffen an der Haut:
behandelnder Hautarzt:** _____

**Für Kinder und Jugendliche:
behandelnder Kieferorthopäde:** _____

- Mir ist bekannt, dass das Führen eines Fahrzeuges nach einem operativen Eingriff und nach einer Betäubung nicht verantwortet werden kann.
- Ich versichere, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Ich weiß, dass ich diese Bestätigung ganz oder teilweise zurücknehmen kann.

Datum Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

BITTE WENDEN!



Name des Patienten

Vorname

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND.

Stehen Sie in ständiger Behandlung? **JA** **NEIN**
 Wenn ja, welche Krankheit: _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, welche Operation: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche Medikamente? _____

Bekommen Sie Bisphosphonate?

Nehmen Sie Blutverdünner?

Besteht eine Allergie auf

Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Allergien: _____

JA **NEIN**

Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Für unsere Patientinnen:
Sind Sie schwanger?
Stillen Sie?

Haben oder hatten Sie:	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankungen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigung zu Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bitte führen Sie dazu mehr aus: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> auf Überweisung meines Zahnarztes/ Arztes | <input type="checkbox"/> durch das Internet |
| <input type="checkbox"/> auf Empfehlung meines Zahnarztes/ Arztes | <input type="checkbox"/> durch Jameda |
| <input type="checkbox"/> auf Empfehlung von Bekannten/ Verwandten | <input type="checkbox"/> durch _____ |

Was ist Ihr Anliegen bei uns? _____

Ich habe Interesse an einer homöopathischen Begleitbehandlung. JA NEIN

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, 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).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter



DR. DR. STRUNZ | www.strunz.berlin

IHRE PRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE
UND MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

© Dr. Dr. Anette Strunz
empfang@strunz.berlin
Bundesallee 56 – am Bundesplatz | 10715 Berlin
Tel. 030 | 85 75 75 85 Fax. 030 | 85 75 75 86