

# Herzlich Willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine optimale und risikofreie Behandlung.

## Ihr Praxisteam Bernd & Florian Spichal

**Patient:** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: Name 'SSSSSSSSSSSSSSSSSSSS' J c rname SSSSSSSSSSSSSSSSSSS [ Y b. SSSSSSSSSSSSS

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ SSSSSSSSSSSSSSSSSSSSS ' Tel: \_\_\_\_\_

**Pflegestufe:** \_\_\_\_\_

Unser **RECALL-SYSTEM** bietet Ihnen den Service, regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden. Möchten Sie diesen unverbindlichen Service in Anspruch nehmen?

Ja                       Nein                       Email                       Brief

Bezüglich der seit dem 25.05.2018 geltenden **DSGVO** (Datenschutzgrundverordnung) gebe ich hiermit ebenfalls meine schriftliche Erlaubnis zur Speicherung von Daten in unserer Praxis und zur Weitergabe von Daten im Bedarfsfall an weiter- und mitbehandelnde Ärzte und Zahnärzte, Gutachter, Krankenkassen, Dentallabore und andere med. Einrichtungen.

Heuchelheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Hinweis zu unserer Praxis:

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, haben wir ein Termin Bestellsystem.

Bitte sagen sie vereinbarte Termine, wenn sie verhindert sind **mindestens 24 Std.** vorher ab.

->->->->

**Bitte umblättern**

**Vielen Dank für Ihr Verständnis!**

**Patient:**

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ja**                      **nein**

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Herzerkrankung
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Rheuma
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Magen-Darmerkrankung
- Lungenerkrankung –Asthma
- Nasen-Nebenhöhlenerkrankung
- Epilepsie
- Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen
- Lebererkrankung/Hepatitis/HIV
- Sonstiges /Allergien/Schwangerschaft:

---

Nehmen Sie Gerinnungshemmer z.B. Plavix, Marcumar, Xarelto

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Á  
.....

- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
- Schnarchen Sie?
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?
- Haben Sie Nacken- oder Rückenschmerzen?
- Rauchen Sie?
- Wieviele Zigaretten täglich?

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam bzw. wer hat uns empfohlen? \_\_\_ ' ' \_\_\_\_\_

Heuchelheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_