

# ZAHNARZT RHEINGAU

Dr. Christina Hagen & Dr. Nadja Hermes - Eltviller Landstraße 23 – 65346 Eltville / Erbach

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  Zahnzusatzversicherung  Beihilfe  
Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: \_\_\_\_\_

## Versichertendaten (sofern von Patientendaten abweichend)

Versicherter (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Rechnung an:  Patienten oder  Versicherten

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Die `Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten´ sind in der Praxis einsehbar.

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

## Gesundheitszustand

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- ja  nein Asthma  
 ja  nein Allergien, Unverträglichkeiten von Medikamenten/Spritzen: \_\_\_\_\_  
 ja  nein Herzerkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzklappenentzündung)  
 ja  nein Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 ja  nein Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis  
 ja  nein Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Medikamente zur Blutverdünnung (ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa,...)  
 ja  nein Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall  
 ja  nein Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Tuberkulose, Hepatitis Typ \_\_\_\_\_)  
 ja  nein Tumor, Karzinom, Krebs Therapie mit Bisphosphonaten  ja  nein  
 ja  nein Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns per Postkarte an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein  
*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)*

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein  
*Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.*

Beratungswunsch zu:  Professioneller Zahnreinigung  Schöne Zähne  Unsichtbarer Zahnersatz  Zahnerhalt  
 Behandlung von Zahnfleischbluten  Zähneknirschen  Weiße Zähne (Bleaching)  Mundgeruch  
 Behandlung von Angstpatienten  Implantate  \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_