

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis ZAHNMEDIZIN AM MAXIMILIANKORSO.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

_____	_____	_____
Name	Vorname	Titel
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	Geburtsdatum / Geburtsort	Postleitzahl / Ort
_____	_____	_____
E-Mail*	Telefon (privat)	Telefon (mobil)*
_____	_____	_____
Telefon (geschäftlich)*	Hausarzt (Name / Ort)**	Beruf***
_____	_____	_____
Kontaktperson im Notfall	Name / Vorname	Telefon

## KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Gesetzlich versichert

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

Privat versichert

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Hauptversicherte?

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefon (privat)

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck         |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus    | <input type="checkbox"/> Epilepsie                       | <input type="checkbox"/> Grüner Star                    | <input type="checkbox"/> Leber- / Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenveränderungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt                | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)               | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression          | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit        | <input type="checkbox"/> Atemerkankungen / -beschwerden |  |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden      | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung / Chemotherapie |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen     | _____  |   |  |

Leiden Sie unter folgenden Herzkrankheiten?

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                     | <input type="checkbox"/> Herzoperation (Klappenersatz / Herzschrittmacher) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe benötigt |  |

\* Freiwillige Angabe / wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\* Freiwillige Angabe / wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

\*\*\* Freiwillige Angabe / diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis  Tuberkulose  Creutzfeldt-Jakob (CJK) / Varianten CJK  
 HIV / AIDS  Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)

Haben Sie eine Allergie?  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?

Besteht eine Schwangerschaft?  Woche / Monat

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente  Bisphosphonate / Alendronsäure / Zolendronsäure  Schmerzmittel  Kortison  Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, ASS®, Falithrom®, Eliquis® oder Pradaxa®)  
 Herzmedikamente  Antidepressiva  
 Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?  Ja  Nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Ich habe Interesse am Thema Prophylaxe.  Mit meiner Zahnfarbe bin ich nicht zufrieden.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?

- Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  
 Zahnfleischrückgang  Pressen oder Knirschen mit den Zähnen  
 Mundgeruch  Zahnarztangst  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\*

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik. \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## HINWEIS ZUR TERMINORGANISATION

Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass aufgrund nicht wahrgenommener Termine entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT!

Ihr Team der Praxis ZAHNMEDIZIN AM MAXIMILIANKORSO

DR. RACA-WAßMANN & KOLLEGEN

Maximiliankorso 3 / 13465 Berlin (Frohnau) / Tel 030 401 50 06 / Fax 030 401 50 44

praxis@zahnmedizin-maximiliankorso.de / www.zahnmedizin-maximiliankorso.de