

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre gesundheitliche Vorgeschichte ist wichtig, um unnötige Komplikationen bei der Behandlung vermeiden zu können.

Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und bitte nur Zutreffendes ankreuzen oder anklicken.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

Zustand nach Infarkt
Herzinsuffizienz
Verengung der Herzkranzgefäße
Rythmusstörungen
Bypassoperation
Herzklappenersatz
Schrittmacher

Kreislauf

niedriger Blutdruck
Bluthochdruck
Angina pectoris
Durchblutungsstörungen
Schlaganfall
Nehmen Sie blutverdünnende
Medikamente ein (z.B. Marcumar oder ASS)?

Erkrankung des blutbildenden Systems

Blutarmut
Blutgerinnungsstörungen

Welche?

Leber

Leberzirrhose
Hepatitis
Welcher Typ?

Blase-Nieren

Blasenerkrankung
Nierenerkrankung

Bewegungsapparat

Rheuma
Gicht
Osteoporose
Nehmen Sie Bisphosphonate?

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

Migräne



Bitte nur Zutreffendes ankreuzen oder anklicken und wenn Frage zutreffend, bitte beantworten.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden sie unter einer Stoffwechselerkrankung?

Zuckerkrankheit

Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

HIV bzw. AIDS

Tumorerkrankungen

Was und Wann?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche ?.....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Welche ?.....

Sind Sie Raucher?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Welche?.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Welche ?.....

Sind Sie z.Zt. schwanger?

In welchem Monat?.....



Bitte nur Zutreffendes ankreuzen oder anklicken und wenn Frage zutreffend, bitte beantworten.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Titel/ Name

Adresse

Telefon

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Name

Adresse

Weitere Auskünfte zum Behandlungsablauf:

Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Möchten Sie von uns über Möglichkeiten zur Prophylaxe informiert werden?

Sind Sie mit fluoridierenden Maßnahmen in Ihrer Behandlung einverstanden?

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung):

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass es durch eine zahnärztliche Lokalanästhesie u.a. zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Behandlungen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Eine Betäubung kann Hämatomen (Bluterguss), Selbstverletzung (z.B. Bissverletzung) und bei Leitungsanästhesien (v.a. im Unterkiefer) zu irreversiblen Nervschädigungen (N. lingualis) führen.

Informationen zum zahnärztlichen Recall:

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis an, dass wir Sie halbjährlich oder jährlich telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxetermine erinnern. Kinder sollten immer halbjährlich zu uns kommen, auch für das Bonusheft ab dem 12. Lebensjahr.

Bitte wählen Sie aus zwischen:

halbjährlich

jährlich



Datenschutz gemäß DSGVO vom 25.05.2018:

Die Datenschutzerklärung der Praxis Dr. med. dent. Semira Zeni liegt frei zugänglich im Wartezimmer aus. Sie finden Sie auch unter www.doktor-zeni.de unter der Rubrik "Datenschutz" zum Nachlesen und Runterladen. Ich kann meine Einwilligungen jederzeit widerrufen. Die Zahnarztpraxis Dr. med. dent Semira Zeni verarbeitet die personenbezogenen Daten im Falle des Widerspruchs nicht mehr, es sei denn, es können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachgewiesen werden, die den Interessen, Rechten und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Zudem können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Ich akzeptiere die Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß dieser Datenschutzerklärung.

Neustadt / Aisch, den Unterschrift

