



BITTE FÜLLEN SIE DIESEN FRAGEBOGEN AUS

Name **Vorname** **Geb. Datum**

Straße **Postleitzahl** **Wohnort**

Telefon (Privat) **Mobil** **Telefon (dienstlich)**

Zahnarzt **Hausarzt** **E-Mail**

Krankenkasse **Beruf** **Arbeitgeber**

Zahn-Zusatzversicherung Ja welche _____ Nein

Vorgeschichte:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Ja | Nein | | Ja | Nein | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionen(HIV/HEP/TB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma / Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien/ Unverträglichkeiten _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkrankheiten _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bösartige Erkrankungen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen wenn Ja welche? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen? | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? Wenn Ja welche _____ | | | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Datenschutz

- Ich entbinde die Facharztpraxis Dr. Dr. U. Uffelmann von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahn/ärztlichen Behandlungsunterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, digitale Röntgenbilder, Modelle etc.) an die weiterbehandelnden ärztlichen/zahnärztlichen Kolleginnen/Kollegen (Krankenhäuser, Labor) per email übersandt werden dürfen.
- Ich wünsche ausdrücklich die Kopie meiner digitalen Röntgenaufnahme auf einer in der Facharztpraxis Dr. Dr. U. Uffelmann angefertigten CD gegen einen Betrag von 3,- Euro.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten in der Praxis Dres. Uffelmann einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____