



## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei (falls nicht selbstversichert):  
\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit  
Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-,  
Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungs-  
hemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®,  
Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka,  
Antidiabetika, Xarelto, frei käufliche  
Präparate)?  J  N

Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?

Nehmen Sie Bisphosphonate?  J  N

## Herz-/Kreislaufferkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)?  J  N

Herzfehler?  J  N

Angina pectoris (Brustschmerzen)?  J  N

Herzinfarkt?  J  N

Herzmuskelentzündung?  J  N

Herzklappenersatz/Stent?  J  N

Herzschrittmacher?  J  N

Durchblutungsstörungen?  J  N

Erhöhter Blutdruck?  J  N

Niedriger Blutdruck?  J  N

Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)?  J  N

Andere?

## Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Infektionskrankheiten:

Hepatitis (Leberentzündung/Gelbsucht)?  J  N

Tuberkulose (Tbc)?  J  N

HIV-positiv (AIDS)?  J  N

Andere?

## Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion  
(z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)?  J  N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in  
ärztlicher Behandlung?  J  N

Wenn ja, weswegen?  
\_\_\_\_\_

## Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Gerinnungsstörungen:

Entstehen blaue Flecken / Nasenbluten?  J  N

Blutarmut (Anämie)?  J  N

## Allergien

Leiden Sie an Allergien?  J  N

Wenn ja, an welchen?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?  J  N

Reagieren Sie empfindlich auf  
Medikamente?  J  N

Wenn ja, auf welche?  
\_\_\_\_\_

## Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer  
Krebserkrankung?  J  N

Wenn ja, an welcher und seit wann?  
\_\_\_\_\_

## Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Schilddrüsenerkrankungen:

Schilddrüsenvergrößerung / Kropf?  J  N

Schilddrüsen-Über- / Unterfunktion?  J  N

## Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  J  N

Gicht / Porphyrie?  J  N

Osteoporose?  J  N

## Weitere Erkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen?  J  N

Asthma?  J  N

Migräne, regelmäßige Kopfschmerzen?  J  N

Epileptiforme Anfälle?  J  N

Krämpfe?  J  N



### Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen:

- Verstärkte Blutungen?  J  N
- Abszesse / Eiterungen / Fisteln?  J  N
- Verzögerter Heilung?  J  N
- Verstärkter Narbenbildung?  J  N
- Thrombosen / Embolien?  J  N
- Sonstige Besonderheiten:  
z.B. Bluttransfusionen

- 
- Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)?  J  N
- Könnten Sie Schwanger sein?  J  N
- Stillen Sie?  J  N

### Tabakkonsum

- Rauchen Sie?  J  N
- Wenn ja, wieviel?

### Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

### Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum:

---

### Erkrankungen Zähne/Kiefergelenk

- Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?  J  N
- Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?  J  N
- Knackt Ihr Kiefergelenk beim Gähnen oder Kauen?  J  N
- Haben Sie das Gefühl, unter Mundgeruch zu leiden?  J  N

### Sonstiges

- Haben Sie Angst vor der Behandlung?  J  N

Sind wir Ihnen empfohlen bzw. sind Sie überwiesen worden, durch wen?

- 
- Ist ein Pflegegrad vorhanden?  J  N

Wenn ja, welcher?

(Bitte Nachweis vorlegen)