JANEK HASAK
Praxis für Zahnerhaltung

HERZLICH WILLKOMMEN

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ist von großer Bedeutung, um den möglichen Effekt von Allgemeinerkrankungen auf unsere Behandlung auszuschließen. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen haben.
Ihr Praxisteam Janek Hasak

PATIENT

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

VERSICHERTE/R

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer | Telefon

PLZ/ORT | E-Mail

BERUF

KRANKENKASSE

☐ gesetzlich versichert ☐ EU-versichert ☐ privat versichert
☐ Zahnzusatzversicherung ☐ beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

ÜBERWEISER/ EMPFEHLUNG*

☐ Überweisender Arzt ☐ persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Social Media

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

☐ allg. Beratung, Kontrolle ☐ Zweitmeinung ☐ Schmerzbehandlung
☐ Überweisung ☐ unbefriedigende Ästhetik Ihrer Zähne

TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per: ☐ E-Mail ☐ Anruf

Datum | Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben, wie auch die Gesundheitsfragen, unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Datum | Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

GESUNDHEITSDATEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich zurzeit in ärztl. Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUSARZT (NAME/ ANSCHRIFT/ TELEFON)

MEDIKAMENTE

Liegt ein Medikamentenpass vor? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

ALLERGIEN/ UNVERTRÄGLICHKEITEN

Antibiotika	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzmittel	☐ Ja	☐ Nein
Jod	☐ Ja	☐ Nein
Latex	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige, wenn ja welche?	☐ Ja	☐ Nein

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Zu niedriger Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Herzrythmusstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	☐ Ja	☐ Nein
Herzklappenersatz	☐ Ja	☐ Nein
Herzschrittmacher	☐ Ja	☐ Nein
Endokarditis	☐ Ja	☐ Nein
Herzinfarkt / Schlaganfall	☐ Ja	☐ Nein
Erhöhter Augeninnendruck	☐ Ja	☐ Nein

KREBS- / TUMORERKRANKUNGEN

Wenn ja, welcher Art? ☐ Ja ☐ Nein

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes	☐ Ja	☐ Nein
Schilddrüsenerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Magen-Darm-Erkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Osteoporose	☐ Ja	☐ Nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung	☐ Ja	☐ Nein
Blutarmut (Anämie)	☐ Ja	☐ Nein
Gerinnungshemmende Medikamente	☐ Ja	☐ Nein

Wenn ja, welche?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epilepsie	☐ Ja	☐ Nein
Krämpfe	☐ Ja	☐ Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/_)	☐ Ja	☐ Nein
HIV	☐ Ja	☐ Nein
Tuberkulose	☐ Ja	☐ Nein

ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Asthma	☐ Ja	☐ Nein
COPD	☐ Ja	☐ Nein
Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn ja, wieviel?

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

RÖNTGEN

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein

SONSTIGE ERKANKUNGEN? ☐ Ja ☐ Nein

TERMINMANAGEMENT

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Sie reserviert, denn Qualität braucht Zeit. Wir möchten Sie um Verständnis bitten, dass wir uns für kurzfristig ausgefallene Termine ohne rechtzeitige Absage, d.h. 24 Stunden vorher, ein Ausfallhonorar vorbehalten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten