



Gesundheitsfragebogen Erwachsene

Bitte beachten Sie, dass Sie dieses Formular nicht ausdrucken müssen,
sondern digital ausfüllen und uns dann per Mail zukommenlassen können.

Patientenkontaktdaten

Familienname:

Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Krankenversicherung:

Zusatzversicherung: Nein Ja, welche?

Telefonnummer privat / mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Hausarzt / Telefonnummer:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und
werden streng vertraulich behandelt.

Hoher Blutdruck / Niedriger Blutdruck:	Ja	Nein	Diabetes / Zuckererkrankung:	Ja	Nein
Osteoporose:	Ja	Nein	Schilddrüsenerkrankung:	Ja	Nein
Medikamentenallergie:	Ja	Nein	Schwangerschaft:	Ja	Nein
Bypass-Operationen:	Ja	Nein	HIV-Infektionen:	Ja	Nein
Herzschriftmacher:	Ja	Nein	Blutverdünner:	Ja	Nein
Schlaganfall:	Ja	Nein	Lebererkrankung / Hepatitis:	Ja	Nein
Asthma / Lungenerkrankung:	Ja	Nein	Tuberkulose:	Ja	Nein
Raucher:	Ja	Nein	Alkohol- / Drogenkonsum:	Ja	Nein

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?

.....
Haben Sie sonstige Erkrankungen, wenn ja welche?

.....
Röntgen: Wenn ja wann und weshalb?



Gesundheitsfragebogen Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn diese aus medizinischer oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztlicher Verrechnungsstellen und nur im Umfang, der zu Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte Ihre gespeicherte Signatur einfügen
oder mit dem Stift Symbol per Maus unterschreiben

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine laut §615 BGB in Rechnung gestellt werden können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte Ihre gespeicherte Signatur einfügen
oder mit dem Stift Symbol per Maus unterschreiben

**Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Mail an die Adresse:
praxis@zahnmedizin-reisenauer.de**