



D r . S T E F A N S C H L E N K E R

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin unter der folgenden Telefonnummer erreichbar:

Ich bin unter der folgenden E-Mail erreichbar:

Sie suchen unsere Praxis zum ersten Mal auf - wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

Empfehlung Überweisung Telefonbuch Homepage sonstiges:

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen nur dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Hausarzt:

Wurde Ihnen gemäß § 15 SGB XI ein Pflegegrad anerkannt oder erhalten Sie Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII? ja nein
Grad _____

Herz-/Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck ja nein AIDS/HIV ja nein
niedriger Blutdruck ja nein Hepatitis A ja nein
Herzklappenfehler ja nein Hepatitis B ja nein
Herzschriftmacher ja nein Hepatitis C ja nein
Herzrhythmusstörung ja nein Tuberkulose ja nein
Herzoperationen ja nein Sind Sie Träger von multiresistenten Keimen? ja nein
erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) ja nein
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ja nein
Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Ohnmacht ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Lebererkrankungen ja nein

Sonstige Erkrankungen?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welcher Monat? Stillen Sie? ja nein

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate im Krankenhaus? ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit/bekommen Sie gespritzt? In welcher Dosis? Haben Sie einen Medikationsplan? ja nein
(Zur Erleichterung für Sie, kopieren wir diesen gern ab.)

Haben Sie den Wunsch, Ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten? (freiwillige Angabe) ja nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung erhalten? (freiwillige Angabe) ja nein

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung zum Erhalt Ihrer Zähne interessiert? (freiwillige Angabe) ja nein

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Ich bemühe mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten umgehend mitzuteilen. Des Weiteren erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:
<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

Datum _____ Unterschrift _____