



Dr. 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)

o Empfehlung o Überweisung o Telefonbuch o Homepage o 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? o ja o nein Hausarzt:

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

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck o ja o nein
niedriger Blutdruck o ja o nein
Herzklappenfehler o ja o nein
Herzschrittmacher o ja o nein
Herzrhythmusstörung o ja o nein
Herzoperationen o ja o nein
erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) o ja o nein
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) o ja o nein
Anfallsleiden (Epilepsie) o ja o nein
Asthma/Lungenerkrankungen o ja o nein
Blutgerinnungsstörungen o ja o nein
Diabetes/Zuckerkrankheit o ja o nein
Ohnmacht o ja o nein
Schilddrüsenerkrankungen o ja o nein
Nierenerkrankungen o ja o nein
Lebererkrankungen o ja o nein

Infektiöse Erkrankungen

AIDS/HIV o ja o nein
Hepatitis A o ja o nein
Hepatitis B o ja o nein
Hepatitis C o ja o nein
Tuberkulose o ja o nein
Sind Sie Träger von multiresistenten Keimen? o ja o nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie / Spritzen o ja o nein
Antibiotika o ja o nein
Schmerzmittel o ja o nein
Metall o ja o nein
andere.....
Rauchen Sie regelmäßig? o ja o nein
Trinken Sie täglich Alkohol? o ja o nein
Drogenabhängigkeit o ja o nein
Behandlung mit Bisphosphonaten o ja o nein

Sonstige Erkrankungen?

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

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

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? o ja o nein Wenn ja, wann?

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

Haben Sie den Wunsch, Ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten? (freiwillige Angabe) o ja o nein
Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung erhalten? (freiwillige Angabe) o ja o nein
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung zum Erhalt Ihrer Zähne interessiert? (freiwillige Angabe) o ja o 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. Desweiteren 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 _____