



**Christopher Ziem**

Zahnarzt  
Wilhelmstraße 8  
39326 Colbitz

Telefon 03 92 07 / 8 03 95 Fax 03 92 07 / 18 67 0  
www.zahnarzt-ziem.de

# Patientenfragebogen

Patient \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail-Adresse Beruf/Arbeitgeber

Befinden Sie sich in dauernder ärztlicher Behandlung? Ja  Nein  Pflegegrad ? \_\_\_\_\_

Name und \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes \_\_\_\_\_

Mit Kontaktaufnahme bei Rückfragen  bin ich einverstanden  bin ich nicht einverstanden

Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und *alle* von Ihnen eingenommenen Medikamente. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie beide Seiten vollständig aus.

*Bitte kreuzen Sie alle aktuellen und/oder überstandenen Krankheiten an.*

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**  Nein

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie)           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie)        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzinfarkt (wenn ja wann?) _____               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall (wenn ja wann?) _____     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Stent / Bypass (wenn ja wann?) _____            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankung (z.B. Herzinsuffizienz) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ohnmachtsneigung                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung/-defekt          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzrhythmusstörung                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**Infektionserkrankungen**  Nein

- |                       |   |              |   |
|-----------------------|---|--------------|---|
| Hepatitis A, B oder C | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Tuberkulose  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| HIV                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere _____ |   |

**Allergien / Unverträglichkeiten**  Nein

- |                                       |   |                        |   |
|---------------------------------------|---|------------------------|---|
| Lokalanästhetika (örtliche Betäubung) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere _____           |   |
| Schmerzmittel (z.b. Aspirin)          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                        |   |
| Antibiotika (z.b. Penicillin)         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Allergiepass vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |



### Christopher Ziem

Zahnarzt  
Wilhelmstraße 8  
39326 Colbitz  
Telefon 03 92 07 / 8 03 95 Fax 03 92 07 / 18 67 0  
www.zahnarzt-ziem.de

#### Nerven und Gemüt

Nein

Krampfanfälle (z.B.Epilepsie)

Ja  Nein

Morbus Parkinson

Ja  Nein

Depression, Angstzustände, Stress

Ja  Nein

Demenz

Ja  Nein

Geistige Behinderung

Ja  Nein

Andere \_\_\_\_\_

#### Weitere Erkrankungen

Nein

Andere \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung

Ja  Nein

Knochenerkrankung

Ja  Nein

Lungenerkrankung

Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Ja  Nein

Nierenfunktionsstörung

Ja  Nein

Grüner Star (Glaukom)

Ja  Nein

Rheuma

Ja  Nein

#### Allgemeine Angaben

Nein

Drogenkonsum

Ja  Nein wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Alkoholgenuss

Ja  Nein wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Raucher

Ja  Nein wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

♀ Schwangerschaft

Ja  Nein wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

#### Regelmäßige Medikamente

Gerne können Sie uns auch Ihren Medikationsplan zur Kopie geben!

Denken Sie auch an **Spritzen, Infusionen**, pflanzliche Arzneimittel und die Pille.

#### Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner persönlichen Daten sowie der Übermittlung an Krankenkassen, andere Ärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Zahnärztekammern und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen stimme ich zu. Die erhobenen Daten werden zu folgenden Zwecken genutzt: Pflege der Patientenkartei, Erfüllung des Behandlungsvertrages, Kontakt mit dem Patienten (Terminvereinbarung, Absage von Terminen), Abrechnung erbrachter Behandlungen mit den Krankenkassen und/oder den Patienten, Erstellung von Behandlungsberichten. Die erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet und übermittelt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Landesbeauftragter für den Datenschutz in Sachsen-Anhalt, Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg E-Mail: [poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de)

Datum, Unterschrift des Patienten

Datum, Unterschrift

Keine Änderungen

Änderungen

- bitte wenden -