

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

ZAHNARZTPRAXIS  
**YVONNE FUNKE**



Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.  
Da wir die aktuellen Angaben zu ihrer Person und Gesundheit benötigen, bitten wir Sie hiermit, uns Ihren momentanen Gesundheitszustand mitzuteilen.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teile Sie uns bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Vielen Dank!  
Yvonne Funke und das Praxis-Team

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtssort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung:     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Zahnarztpraxis Yvonne Funke für einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen („Recall“), sowie Erinnerungen an einen vereinbarten Termin genutzt werden dürfen.

ja     nein

Ich möchte auf folgendem Wege kontaktiert werden:

Brief     E-Mail     Telefon     WhatsApp

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Wir möchten Sie bereits vorab darüber informieren, dass in unserer Praxis ausschließlich hochwertige Füllungsmaterialien verwendet werden. Dabei fallen für Kassenpatienten Zusatzkosten an. Diese richten sich je nach Füllungslage zwischen 25,- und 110,- Euro.

Wir möchten Sie bitten, sich unsere ausliegende Datenschutzvereinbarung durchzulesen. Mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite erklären Sie sich automatisch mit dieser Einverstanden. Diese ist unsere Grundlage um Ihnen eine bestmögliche Versorgung zukommen lassen zu können.

Bitte Blatt wenden

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand  
Bitte ausfüllen und zutreffendes Kästchen ankreuzen

Haben Sie Allergien/Allergische Reaktionen?

nein  ja, folgende:

---

---

---

Haben Sie einen Allergiepass?

nein  ja

Haben Sie Gelbsucht/HIV-Infektion/Hepatitis?

nein  ja, folgende:

---

---

Wie ist Ihr Blutdruck?

niedrig  normal  hoch

Haben Sie Bluterkrankungen?

nein  ja, folgende:

---

---

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

nein  ja

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Ass-Tabletten, Marcumar...)?

nein  ja, folgende:

---

---

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schlaganfall?

nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Lähmung?

nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

nein  ja

Sind Sie Herzklappenprothesenträger?

nein  ja

Hatten Sie eine Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut)?

nein  ja

Haben Sie einen angeborenen Herzfehler?

nein  ja

Haben Sie einen rheumatischen Klappenfehler?

nein  ja

Haben Sie eine übermäßige Herzvergrößerung?

nein  ja

Liegt eine rheumatische Erkrankung vor?

nein  ja

Nehmen Sie Bisphosphonate gegen Osteoporose?

nein  ja

Sind Sie Diabetiker?

nein  ja

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?

nein  ja, folgende:

---

---

Sind sonstige Erkrankungen vorhanden?

nein  ja, folgende:

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein  ja, folgende:

---

---

Ist ein Medikamentenplan vorhanden?

nein  ja

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Gebiet: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.  
Zudem erkläre ich mich mit der ausliegenden Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Yvonne Funke einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r