



**DRES. VON BOSSE**  
ZAHNÄRZTE IN VEITSHÖCHHEIM

## HERZLICH WILLKOMMEN

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**.

### PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

### VERSICHERTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

### ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ/Ort

Email

### BERUF

### KRANKENKASSE

 Beihilfe Zusatzversicherung

### HAUSARZT

Name

Telefon

### ARBEITGEBER

Name

Telefon

#### Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (Gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

→Bitte wenden

# GESUNDHEITSPRAGEN

## Ärztliche Behandlungen

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung

ja  nein

oder waren Sie vor kurzem im Krankenhaus

ja  nein

wenn ja, welche Erkrankung?

## Hausarzt

## Herz-Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck  ja  nein

Niedriger Blutdruck  ja  nein

Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Künstliche Herzklappe  ja  nein

Endokarditis  ja  nein

Herzinsuffizienz  ja  nein

Erhöhter Augeninnendruck  ja  nein

## Bluterkrankungen

Blutungsneigung  ja  nein

Blutarmut  ja  nein

Blutgerinnungshemmende

Medikamente  ja  nein

## Stoffwechselerkrankungen

Diabetes  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Sonstige

## Nervensystem

Epilepsie  ja  nein

Krampfanfälle  ja  nein

## Atemwegserkrankungen

Asthma  ja  nein

COPD  ja  nein

Lungenfibrose  ja  nein

Rauchen Sie?  Ja  nein

Wenn Ja, wie viele Zigaretten am Tag?

## Infektionskrankheiten

Hepatitis A/B/C  ja  nein

HIV  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

## Allergien

Antibiotika  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein

Latex  ja  nein

Spritzen  ja  nein

Sonstige

## Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

## Sonstige

Künstlicher Gelenkersatz  ja  nein

Wenn ja, seit wann?

**Tumorerkrankungen**  ja  nein

Wenn ja, welche?

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

**Hinweis: Nach zahnärztlicher Anästhesie kann es für einige Stunden zu verminderter Verkehrstüchtigkeit kommen.**

**Bitte berücksichtigen Sie dies!**

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten