



# Zahnarztpraxis Prinz

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Prinz.

Für eine optimale Behandlung ist es wichtig, neben Ihren persönlichen Daten auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu erfassen. Bitte teilen Sie uns Änderungen mit.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:
Versicherung: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> PKV Standardtarif <input type="checkbox"/> Beihilfe Besteht eine Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie ein Bonusheft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   Pflegegrad _____ Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   Von: _____ Bis: _____		
Telefon privat:		Telefon mobil:
E-Mail:		
Ja / Nein Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS		

## Gesundheitszustand — Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz und Kreislauf

- Ja   Nein   Zustand nach Infarkt  
 Ja   Nein   Herzinsuffizienz  
 Ja   Nein   Muskelentzündung oder Endokarditis Risiko  
 Ja   Nein   Verengung der Herzkranzgefäße  
 Ja   Nein   Rhythmusstörungen  
 Ja   Nein   Bypassoperationen  
 Ja   Nein   Herzklappenersatz  
 Ja   Nein   Schrittmacher  
 Ja   Nein   Niedriger Blutdruck  
 Ja   Nein   Bluthochdruck  
 Ja   Nein   **Angina pectoris** (Engegefühl Brust)  
 Ja   Nein   Durchblutungsstörungen  
 Ja   Nein   Schlaganfall

### Magen/Darm/Leber/Nieren

- Ja   Nein   Magen-Darm-Trakt  
 Ja   Nein   Hepatitis  
 Ja   Nein   Nierenerkrankung (Dialyse)

### Bewegungsapparat/Nervensystem/Stoffwechsel

- Ja   Nein   Rheuma  
 Ja   Nein   Rheumatoide Arthritis  
 Ja   Nein   Gicht  
 Ja   Nein   Kopfschmerzen  
 Ja   Nein   Epileptische Anfälle  
 Ja   Nein   Migräne  
 Ja   Nein   Zuckerkrankheit/Diabetes  
 Ja   Nein   Schilddrüsenüberfunktion  
 Ja   Nein   Schilddrüsenunterfunktion

### Blutarmut

- Ja   Nein   Blutarmut  
 Ja   Nein   Bluter oder blutverdünnende Medikamente?

### Augen

- Ja   Nein   Grüner Star

### Atemwege/Lunge

- Ja   Nein   Asthma  
 Ja   Nein   Bronchitis

Bitte wenden!

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- Ja    Nein    Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
- Ja    Nein    HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Ja    Nein    Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Ja    Nein    Osteoporose
- Ja    Nein    Bekommen Sie Tabletten oder Spritzen wegen Osteoporose oder einer Tumorerkrankung (sog. Bisphosphonate — z.B. Xgeva, Zolendronat, Alendronsäure)? Bitte unten angeben.

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:			
Arzt:	Fachrichtung:	Ort:	Telefon (falls bekannt):

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- Ja    Nein    Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn ja, seit wann:
- Ja    Nein    Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?  
Wenn Ja, welche: -----
  
- Ja    Nein    Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate) ein?  
Wenn Ja, welche: -----
  
- Ja    Nein    Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? -----
- Ja    Nein    Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
  
- Ja    Nein    Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe?  
Wenn Ja, welche: -----
  
- Ja    Nein    Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Ja    Nein    Traten schon einmal Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
- Ja    Nein    Sind Sie z. Zt. Schwanger?  
Voraussichtlicher Entbindungstermin: -----

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

**Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme:**

Über den zum 01.04.2023 erfolgten

**Praxisübergang von Frau Dr. Flury an Frau Anna Prinz** wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Frau Dr. Flury geführten Patientenunterlagen (inkl.

Röntgenbilder) durch Frau Anna Prinz und ihre Mitarbeiter/innen stimme ich hiermit zur

Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift (Erziehungsberechtigter)