

**Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Christoph Steinwachs, Dipl.-Stom. Babett Steinwachs**

Steinstr.17, 04275 Leipzig, Tel. 0341 / 3915693

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, möchten wir Sie bitten, nachfolgende Fragen zu beantworten.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! - Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an -

Patientenname:	Vorname:	geb.am		Telefonkontakt:
		Ja	Nein	Welche?
Haben Sie gegenwärtig eine Allgemeinerkrankung?				
Haben oder hatten sie folgende Erkrankungen / Behandlungen?				
Herzerkrankungen (z.B. Herzfehler, Schrittmacher)				
Besitzen Sie einen Herz-pass?				
Kreislaufkrankungen (z.B. Blutdruckveränderungen)				
Blutkrankheiten, Gerinnungsstörungen, haben Sie starke Blutungen nach Verletzungen?				
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Tuberkulose)				
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis A/B/C)				
Nierenerkrankungen				
Zuckererkrankung				
Augenkrankheiten (z.B. Glaukom)				
Rheuma, Arthritis				
Schilddrüsenerkrankungen				
Geschlechtskrankheiten				
Immunschwäche (z.B. HIV/Aids)				
Nervenerkrankungen (z.B. Krampfanfälle)				
Gemütskrankungen (z.B. Depressionen)				
Allergien? Wenn ja, welche?				
Bestrahlung				
Chemotherapie				
Endoprothesen:				
Wo: seit wann:				
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche?				
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?				
Für Frauen	Sind Sie schwanger?			
	Sind Sie in der Stillzeit?			
Für Kinder	Sind Zahnfluoridierungen im Rahmen der Prophylaxe gewünscht?			
Haben Sie die Einstufung in einen Pflegegrad?				
Möchten Sie in regelmäßigen Abständen von uns mit einer Postkarte an eine Kontrolluntersuchung erinnert werden?				
Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Übermittlung an das Dentallabor zu. Die ausliegende Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.				

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben und bitten Sie, diese noch mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Datum: _____

Unterschrift: (bei Kindern des Erziehungsberechtigten) _____

Name/Anschrift des Erziehungsberechtigten

Wurde eine Betreuung eingerichtet oder besteht eine Vorsorgevollmacht?	ja	nein	Name des Betreuers/ Bevollmächtigten	Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten