



Zahnarztpraxis Jens Schleicher & Kollegen
Dr. Tina Auer
Umweltzahnmedizin – funktionelle Myodiagnostik

Patient:	Mitversichert bei:
Name:	Name:
Vorname: geb.:	Vorname: geb.:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon: Fax:	Telefon: Fax:
Handy:	Handy:
E - Mail:	E - Mail:
Beruf:	Beruf:
Arbeitgeber: Telefon:	Arbeitgeber: Telefon:
Krankenkasse: Versichertennummer: freiwilliges Mitglied: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beihilfe berechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Standardtarif (Faktorbegrenzung 1,7): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wird die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden. Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, ggf. eine Bonitätsanfrage bei unserem Abrechnungszentrum eingeholt wird.

Einwilligungserklärung zur Nutzung personenbezogener Daten (neue DSGVO):

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten nach den Richtlinien der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung in der Zahnarztpraxis gespeichert und verarbeitet werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei Bedarf relevante Dokumente (Rezepte, Röntgenaufnahmen usw.) auf dem Postweg, per Mail oder Fax erhalte. Die Patienteninformation zum Datenschutz (Aushang Wartezimmer) habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter oder Betreuungsvormund

Sollten Sie Interesse an der Umweltzahnmedizin und funktioneller Myodiagnostik haben, wenden Sie sich bitte bei Ihrer Untersuchung an Ihren Zahnarzt/Zahnärztin. Danke.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-Kreislaufkrankungen:		Allergien bzw. Unverträglichkeiten: (bitte Allergiepass vorlegen)	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metalle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt und sonstige Erkrankungen:

Infektiöse Erkrankungen:		Allgemeines:	
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob (CJK/vCJK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (bitte Medikamentenplan vorlegen)

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein