Zahnärzte am Königsforst
Dr. Dirk & Christiane Wasserfuhr
Nerthusstr. 1 | 51107 Köln-Rath
Tel. 0221 861068 | Fax 0221 866411
Mail praxis@zahnaerzte-koenigsforst.de
www.zahnaerzte-koenigsforst.de

Liebe Patienten,

wir benötigen bitte die nachfolgenden Informationen von Ihnen. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantworten. Wie möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten und speichern; bitte beachten Sie hierzu die separate Datenschutzerklärung. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht. **Bitte speichern Sie dieses Formular auf Ihrem Rechner, füllen es aus und bringen es ausgedruckt und unterzeichnet zu Ihrem Besuch in unserer Praxis mit. Vielen Dank.**

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße | Hausnr.: PLZ | Ort:

Telefon privat: Telefon mobil:

Telefon geschäftlich: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

☐ Selbst versichert ☐ Versichert über: ☐ Ehepartner:in ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Andere:r

Name des Versicherten: Vorname: Geb.-Datum:

Krankenkasse: Zusatzversicherung:

Hausarzt: Anschrift:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Website ☐ Empfehlung ☐ Andere:

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

Herz oder Kreislauf	☐ ja	☐ nein
Lunge	☐ ja	☐ nein
Blut	☐ ja	☐ nein
Leber	☐ ja	☐ nein
Nieren	☐ ja	☐ nein
Schilddrüse	☐ ja	☐ nein
Magen-Darm-Trakt	☐ ja	☐ nein
Gelenken (Rheuma)	☐ ja	☐ nein

Haben oder hatten Sie jemals:

Hohen Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Zucker (Diabetes)	☐ ja	☐ nein
Fallsucht (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Gelbsucht (Hepatitis)	☐ ja	☐ nein
Grüner Star	☐ ja	☐ nein
Zahnfleischbluten	☐ ja	☐ nein
Wurden Sie schon einmal beim Zahnarzt ohnmächtig?	☐ ja	☐ nein
Neigen Sie zu Blutungen?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie HIV-positiv?	☐ ja	☐ nein

Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis so genau wie möglich:

Wurden Sie kürzlich im **Kopfbereich (an den Zähnen, Nebenhöhlen, Hals, Nase, Ohren) geröntgt**? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt?
☐ ja ☐ nein

Sind Sie zurzeit **schwanger**? Wenn ja, in welchem Monat?
☐ ja ☐ nein

Sind Sie **zurzeit in ärztlicher Behandlung**? Wenn ja, wo?
☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Wenn ja, welche?
☐ ja ☐ nein

Waren Sie **in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus**? In welchem?
☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie **Allergien**? Wenn ja, welche?
☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an **anderen Erkrankungen**? Wenn ja, an welchen?
☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich?
☐ ja ☐ nein

Möchten Sie an unserem **Wiederbestellservice** teilnehmen, der Sie rechtzeitig an Ihre Termine erinnert? Wenn ja, wie?
☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ SMS ☐ Brief

Ort, Datum

Unterschrift

Zahnärzte am Königsforst
Dr. Dirk & Christiane Wasserfuhr
Nerthusstr. 1 | 51107 Köln-Rath
Tel. 0221 861068 | Fax 0221 866411
Mail praxis@zahnaerzte-koenigsforst.de
www.zahnaerzte-koenigsforst.de

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum|-ort: _____

Straße | Hausnr.: _____

PLZ | Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich

☐ die Patienteninformation zur neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) erhalten und gelesen habe.

☐ meine Einwilligung erteile, dass meine Daten an das Abrechenzentrum DZR der Praxis übermittelt und gespeichert werden dürfen.

☐ meine Einwilligung erteile, dass meine Daten im Falle von Zahnersatz-Anfertigungs- bzw. Reparaturmaßnahmen an das jeweils zu beauftragende Dental-Labor übermittelt und gespeichert werden dürfen.

☐ meine Einwilligung erteile, dass Fotos von mir zu Dokumentations- bzw. Fortbildungszwecken oder zur Kommunikation mit dem beauftragten Dental-Labor angefertigt, übermittelt und gespeichert werden dürfen.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift