



Persönliche Angaben

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Hauptversicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
(falls abweichend vom Patienten)

Kontaktdaten Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Tel. (Privat) _____ Mobil _____

Tel. (Arbeit)* _____ E-Mail* _____

Beruf* _____ **Arbeitgeber*** _____

Krankenkasse _____ beihilfeberechtigt zusätzlich versichert
 freiwillig versichert privat versichert

Hausarzt _____ Tel. _____



Fragen zur Gesundheit

	ja	nein		ja	nein
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-/ Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcumar / ASS / Gerinnungshemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose / Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Erkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Allergien ja nein Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? ja nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja, aus welchem Grund _____

Bei welchem Arzt (Name, Ort) _____ Seit wann _____



Sonstige Fragen *

Grund Ihres Besuchs

- | | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Kopf-/ Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Mundgeruch / Mundtrockenheit |

andere Beschwerden _____

Was dürfen wir bei Ihrem Besuch besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein Sonstiges _____
- Starker Würgereiz ja nein
- Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

- | | | | | | |
|--------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Zahnfarbe | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| Zahnstellung | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| Zahnfleisch | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

Legende:

1 = sehr unzufrieden / 2 = unzufrieden / 3 = mäßig zufrieden /
4 = zufrieden / 5 = sehr zufrieden

Wünschen Sie eine Beratung über Methoden zur Verschönerung Ihres Lächelns?

- nein
- ja, ich wünsche eine Beratung über
- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> schönere Zähne / Lächeln | <input type="checkbox"/> Implantat |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung / Bleaching | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



Einwilligungserklärung durch den/die Patient/in und des/der Versicherungsnehmers/in für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich/wir stimme/n hiermit der Speicherung meiner/unsere(r) personenbezogenen Daten für den Zweck der Aufnahme einer Patientenakte im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch die Zahnarztpraxis Dr. Yonca Kayar zu.

Ich/wir bin/sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann/können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir/uns ist bekannt, dass mein/unsere jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in



Unser Recall-System*

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen, dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per Brief E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in