



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxisklinik! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig! Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße	Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunk	eMail-Adresse
Krankenversicherung		Beruf
Hausärztin/-arzt	Zahnärztin/-arzt	Kieferorthopädin/-orthopäde

Leiden Sie an...

ja nein

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| ☐ | ☐ | ...Bluthochdruck? |
| ☐ | ☐ | ...Herzschwäche? |
| ☐ | ☐ | ...Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP? |
| ☐ | ☐ | ...Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher? |
| ☐ | ☐ | ...Asthma bronchiale? |
| ☐ | ☐ | ...Lungenerkrankung? |
| ☐ | ☐ | ...Nierenerkrankungen? |
| ☐ | ☐ | ...Magen-, Darmerkrankungen? |
| ☐ | ☐ | ...Lebererkrankungen? |
| ☐ | ☐ | ...Diabetes mellitus? |
| ☐ | ☐ | ...Hepatitis B, Hepatitis C, HIV/AIDS? |
| <u>Welche?</u> | | |
| ☐ | ☐ | ...Rheuma? |
| ☐ | ☐ | ...Osteoporose? |
| ☐ | ☐ | ...Schilddrüsenerkrankungen? |
| ☐ | ☐ | ...Glaukom (Grüner Star)? |
| ☐ | ☐ | ...Krampfanfällen, Epilepsie? |
| ☐ | ☐ | ...Depressionen? |
| ☐ | ☐ | ...Krebserkrankungen? |
| <u>Welche?</u> | | |
| ☐ | ☐ | ...Bestrahlungstherapie? |
| ☐ | ☐ | ...Chemotherapie? |
| ☐ | ☐ | ...Allergien? |
| <u>Welche?</u> | | |

ja nein

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| ☐ | ☐ | Haben sie ein Kunstgelenk? |
| ☐ | ☐ | Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? |
| ☐ | ☐ | Bekommen Sie eine Dialyse? |
| ☐ | ☐ | Haben Sie eine künstliche Herzklappe? |
| ☐ | ☐ | Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? |
| ☐ | ☐ | Rauchen Sie? |
| ☐ | ☐ | Nehmen Sie Drogen? |
| ☐ | ☐ | Sind Sie schwanger? |
| ☐ | ☐ | Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix? |
| ☐ | ☐ | Nehmen Sie Bisphosphonate? |
| ☐ | ☐ | Nehmen Sie sonstige Medikamente? |
| <u>Welche?</u> | | |

Datum

Unterschrift



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Haben Sie einer elektronischen Patientenakte (ePA) aktiv widersprochen?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn nein, haben Sie Ihre elektronischen Patientenakte (ePA) eingerichtet?

☐

Ja

☐

Nein

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise bei meinem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen weiterzuleiten. Mein Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden, und nicht an Dritte weitergeben. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

☐ Ich bin nicht einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten