

Name:
Anschrift:
Geburtsdatum / -ort:
Telefon:
E-Mail:
Krankenkasse:
Zusatzversicherung:

iIDENTity32 - Zahnarztpraxis

Dr. Sascha Pieger, MSc.
 Spezialist für Prothetik (DGPro)
 Zertifizierter Implantologe (DGI)

Philipp-Rosenthal-Straße 22

04103 Leipzig

0341 - 221 91 27

info@identity32.de

www.identity32.de



Gesundheitsfragebogen

Datum:

Was ist der Grund Ihres Besuches?	
<input type="radio"/>	Schmerzbehandlung
<input type="radio"/>	Sanierung
<input type="radio"/>	Beratung / Kontrolle
<input type="radio"/>	Durch Überweisung (auf Empfehlung von _____)

<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Allgemeine Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bestehen Allergien? Wenn ja worauf?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Herzerkrankungen (Bluthochdruck, Infarkt, Herzklappenersatz)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I, Typ II)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Osteoporose
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lebererkrankungen
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen (Hyper-; Hypothyreose)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Augenerkrankungen (Grüner Star, Grauer Star)



<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Allgemeine Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautkrankheiten (Neurodermitis)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankungen (Wo? _____ Wann? _____)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychosomatische Erkrankungen (Depression)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Raucherin/Raucher?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trinken Sie häufig größere Mengen Alkohol?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Patientinnen: Sind Sie schwanger?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, Welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, Wo?
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Spezielle Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie das Gefühl, dass Sie unter Mundgeruch leiden?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie in den letzten beiden Jahren beim Zahnarzt?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen Röntgenaufnahmen von den Zähnen? Angabe des Jahres: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie regelmäßig eine Prophylaxe durchführen lassen?
Wie möchten Sie auf zukünftige Termine hingewiesen werden? <input type="radio"/> Telefon <input type="radio"/> SMS		

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Labore) unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____