

## Gesundheitsfragebogen

Vorname/Name des Patienten	Vorname/Name des Hauptversicherten
Straße	PLZ/Wohnort
Mobiltelefon	Festnetz
E-Mail-Adresse	Telefon Angehöriger
Privatversicherung/Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Basistarif	Zahnarzt/Arzt

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner/Gerinnungsstörungen<br>(Marcumar, ASS, Aspirin, Eliquis, Plavix, Godamed, Pradaxa, Xarelto) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Herzklappe, Herzinfarkt, Stent, Endokarditis)   | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Penicillin, Clindamycin, Ibuprofen, Novalgine etc.)  | <input type="checkbox"/> Osteoporose/ Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft             |
- weitere wichtige Medikamente: \_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Erkrankungen, gesundheitlichen Belange, Risikofaktoren und Medikamente richtig und vollständig angegeben habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

### Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich stimme zu, dass meine nächsten Angehörigen (Eltern, Ehe-/ Lebenspartner, Kinder(nicht zutreffendes streichen, fehlendes ergänzen) Termininformationen einholen und Termine vereinbaren bzw. ändern dürfen sowie Befundinformationen einholen dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Patienten

**Es müssen alle 3 Unterschriften erfolgen, damit wir Sie behandeln können.**