

# Dr. Anke Grund

Fachzahnärztin für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
Spezialist für Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit  
Ihr Praxisteam

## Patient

## Versicherte/r (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geb. Dat. \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Telefon Abholung/Begleitperson \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Medikamentenzuzahlungsbefreiung

Standard-/Basistarif

Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Name Zahnarzt \_\_\_\_\_ Name Hausarzt \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Behandlung in Allgemeinanästhesie (Dämmerschlaf, kostenpflichtig)

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass mein behandelnder Zahnarzt/meine behandelnde Zahnärztin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxismgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxismgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfe, Fachangestellte).

Bitte wenden ➡

# Dr. Anke Grund

Fachzahnärztin für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
Spezialist für Implantologie

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen  
eine der folgenden Krankheiten?**

**Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf.  
ergänzende Angaben eintragen**

	Nein	Ja		
Blutdruckprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoch	niedrig
Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Asthma? <input type="checkbox"/> Bronchitis? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Infektionserkrankung? (z. B. Hepatitis?, HIV?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Nosokomiale Infektionen (z. B. MRSA?, ESBL?, VRE?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Haben Sie eine Allergie? (z. B. Latex?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel täglich? _____	
Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel täglich? _____	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Woche? _____	

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Antworten!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter