

Liebe Patientin, lieber Patient!

(Pat.-Nr. _____)

In gewissen Abständen müssen wir uns über Ihren gesundheitlichen Zustand ein aktuelles Bild machen. Dazu bitten wir Sie, den Ihnen schon bekannten Fragebogen kurz auszufüllen und zu unterschreiben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

Allgemeine Gesundheitssituation von:

NAME, VORNAME: _____

Leiden Sie unter	ja	nein		ja	nein
hohem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedrigem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rheumatischen Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten wie: HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____		
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Herzkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann: _____		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Handelt es sich dabei um ein:			Bisphosphonat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	blutverdünnendes Medikament?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie frühere Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Wen sollen wir im Notfall benachrichtigen?	_____				
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich möchte an meine Kontrolluntersuchung	halbjährlich	<input type="radio"/>	jährlich	<input type="radio"/>	erinnert werden.
Ich möchte an meinen Zahnreinigungstermin (PZR)	halbjährlich	<input type="radio"/>	jährlich	<input type="radio"/>	erinnert werden.
Bitte benachrichtigen Sie mich:	per E-Mail	<input type="radio"/>	oder per Telefon	<input type="radio"/>	
und zusätzlich kurz vor dem Termin ebenso	per E-Mail	<input type="radio"/>	oder per Telefon	<input type="radio"/>	

Bitte ankreuzen, wenn gewünscht!

Meine aktuelle E-Mail Adresse: _____

Meine aktuelle Telefon-Nummer: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisintern - zur Kenntnis genommen: _____