

# Patienten-Fragebogen

Praxis Dr. med. Oliver Zernial, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Germania Arkaden, Willy-Brandt-Ufer 10, 24143 Kiel



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen die bestmögliche medizinische Versorgung bieten zu können, bitten wir Sie, unseren Anamnesebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind wichtig, um Ihre gesundheitliche Vorgeschichte zu verstehen und individuelle Behandlungspläne zu erstellen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau und vollständig wie möglich. Alle Informationen werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich Ihrer medizinischen Betreuung. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Nachname, Vorname

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w  d

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Festnetz / Mobil

E-Mail

## Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert

- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert / Basistarif / KBV / Postbeamt.

## Überweisender Zahnarzt / Arzt

Name (falls vorhanden Telefon, Adresse)

## Bitte beantworten Sie wenn möglich die folgenden Fragen:

### Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck  Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck  Ja  Nein
- Herzschrittmacher  Ja  Nein
- Herzerkrankung  Ja  Nein
- Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_
- HIV  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- Gerinnungsstörung  Ja  Nein
- Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)  Ja  Nein
- Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)  Ja  Nein
- Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Asthma  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Rheuma/ Arthrose  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Tumor-/ Krebserkrankung (auch ehem.)  Ja  Nein
- Künstliche Gelenke oder Implantate  Ja  Nein
- Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Regelmäßige Medikamente:

- Blutverdünner  Ja  Nein
- Wenn Ja, welchen: \_\_\_\_\_
- Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure)  Ja  Nein
- Weitere Medikamente: \_\_\_\_\_

### Allergien oder Unverträglichkeiten:

- Allergien  Ja  Nein
- Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeiten  Ja  Nein
- Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

### Allgemein:

- Rauchen Sie?  Ja  Nein
- Täglicher Alkoholkonsum  Ja  Nein
- Drogenkonsum  Ja  Nein
- Aktuelle Schwangerschaft oder stillen Sie?  Ja  Nein
- Gab es Komplikationen oder Ohnmacht bei zahnärztlichen Behandlungen?  Ja  Nein
- Anmerkung: \_\_\_\_\_

siehe  
Rückseite

## Superchat (Whatsapp)

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit, über Superchat DSGVO-konform mit uns zu kommunizieren.

Bitte beachten Sie, dass dieser Chat nur während unserer Praxisöffnungszeiten personell besetzt ist. Sie können uns jedoch rund um die Uhr Ihr Anliegen mitteilen, damit wir es am folgenden Werktag so schnell wie möglich bearbeiten können.

Durch die von Ihnen geschickte Nachricht stimmen Sie einer Kommunikation über Superchat zu.

Sollten Sie die Nutzung von Superchat nicht wünschen, stehen Ihnen selbstverständlich weiterhin unsere herkömmlichen Kontaktwege zur Verfügung

**Neugierig?** Einfach QR Code einscannen und losschreiben.



## Anlage zum Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ja  Nein Ich willige ein, dass zum Zweck der Kommunikation mit mir und Ärzten persönliche Daten und Behandlungsunterlagen über digitale Medien (u.a. verschlüsselte E-Mail) ausgetauscht werden. Ich bin durch den Erhalt der Anlage zur Datenschutzerklärung darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Eine Datenschutzerklärung nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum

---

Unterschrift(-en) Patient/ Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter