

Persönlicher Gesundheits-Check für



Zahnärzteteam Wemding

■ Dr. Christian Langer ■ Dr. Stephanie Wunderle
Experte für Implantologie, DGI e.V.
■ Dr. Christoph Besel ■ ZA Joachim Abele
Master of Implantology, UCLA

Name	Vorname	geb. am	
Straße	PLZ, Ort	Krankenkasse	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail	
Mitversichert bei	geb. am	geb. am	
Arbeitgeber	Telefon (Arbeit)	Hausarzt	Ort

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn Sie mit ja antworten bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.

	Ja	Nein	
Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis (welche Form)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunmangelsyndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente (welche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ca. Zigaretten pro Tag
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frauen: Besteht eine Schwangerschaft (welcher Monat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine private Krankenzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja Nein
Ich möchte rechtzeitig an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden. Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden. Wir erinnern Sie rechtzeitig an Ihren Kontrolltermin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich bin damit einverstanden meine Rechnungen per E-Mail zu erhalten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung / Weitergabe (erfolgt nur in dem notwendigen Umfang) meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).