

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).