

# DR. MATHIAS BIRCH

Zahnheilkunde / Prophylaxe

Alte Elbgastrasse 8 B 22523 Hamburg  
Tel.: 040 / 570 36 11 Fax: 040 / 570 34 64  
[praxis@dr-birch.de](mailto:praxis@dr-birch.de) [www.dr-birch.de](http://www.dr-birch.de)

## PATIENTENFRAGEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

Bitte **alle 3 Seiten** ausfüllen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

Um unsere **Online**-Terminierung nutzen zu können, brauchen wir Ihre E-Mail Adresse und Ihre Handynummer, bitte schreiben Sie diese **GUT LESERLICH** und in **DRUCKBUCHSTABEN** :

**Gesundheitszustand Bitte ankreuzen Zusätzliche Informationen**

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein
- Herzerkrankung  Ja  Nein
- Herzoperation  Ja  Nein
- Herzschrittmacher  Ja  Nein

### Infektionserkrankungen:

- HIV  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

### Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein  
 Antibiotika  Ja  Nein  
 andere:

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
 Asthma  Ja  Nein  
 Lungenerkrankung  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
 Rheuma  Ja  Nein  
 Epilepsie  Ja  Nein  
 Diabetes  Ja  Nein  
 Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
 Osteoporose  Ja  Nein  
 Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
 andere:

**Allgemeine Angaben:**

Drogenkonsum  Ja  Nein  
 Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
 Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
 Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann / Name:  
 Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:  
 Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:

Datum Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

**Auszufüllen vom gesetzlichen  
Vertreter/Erziehungsberechtigten/Zahlungspflichtigen**

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

---

---

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis **Dr. Birch** für den **Zweck meiner Zahnbehandlung, (Heil- und Kostenpläne, 1x jährliches ausfüllen des Anamnesebogen und die Zustimmung meiner Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle DZR, usw.) durch meine Unterschrift zu.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).  
Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Patient/in

**DATENSCHUTZINFO IM WARTEZIMMER**