



# Dr. U. Niemann Zahnarzt

Allgemeine Zahnheilkunde / Implantologie  
Professionelle Zahnreinigung  
Narkosebehandlung / Schnarchtherapie

Zahnarzt Dr. U. Niemann Almsstrasse 1 31134 Hildesheim

Name:	Vorname:	Geb.:
Name des Zahlungspflichtigen:	Vorname:	Geb.:
Adresse:		Tel.:
Krankenkasse:	Arbeitgeber:	E-Mail:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe ?

<p><b><u>Herz</u></b></p> <p>Zustand nach Infarkt <input type="radio"/></p> <p>Herzinsuffizienz <input type="radio"/></p> <p>Herz-/ Kreislaufstörung <input type="radio"/></p> <p>Rythmusstörungen <input type="radio"/></p> <p>Bypassoperation <input type="radio"/></p> <p>Herzklappenersatz <input type="radio"/></p> <p>Schrittmacher <input type="radio"/></p> <p><b><u>Kreislauf</u></b></p> <p>Niedriger Blutdruck <input type="radio"/></p> <p>Bluthochdruck <input type="radio"/></p> <p>Angina pectoris <input type="radio"/></p> <p>Durchblutungsstörungen <input type="radio"/></p> <p>Schlaganfall <input type="radio"/></p> <p><b><u>Augen</u></b></p> <p>Grauer Star <input type="radio"/></p> <p>Grüner Star <input type="radio"/></p> <p><b><u>Atemwege/ Lunge</u></b></p> <p>Asthma <input type="radio"/></p> <p>Bronchitis <input type="radio"/></p> <p><b><u>Magen-Darm-Trakt</u></b></p> <p>Magenerkrankung <input type="radio"/></p> <p>Darmerkrankung <input type="radio"/></p>	<p><b><u>Blase/ Niere</u></b></p> <p>Blasen-/ Nierenerkrankung <input type="radio"/></p> <p>Dialyse <input type="radio"/></p> <p><b><u>Leber</u></b></p> <p>Gelbsucht <input type="radio"/></p> <p>Hepatitis A/B <input type="radio"/></p> <p><b><u>Gelenke/ Knochen</u></b></p> <p>Rheuma <input type="radio"/></p> <p>Gicht <input type="radio"/></p> <p>Arthrose <input type="radio"/></p> <p>Osteoporose <input type="radio"/></p> <p><b><u>Zentrales Nervensystem</u></b></p> <p>Epileptische Anfälle <input type="radio"/></p> <p><b><u>Stoffwechsel</u></b></p> <p>Zuckerkrankheit/ Diabetes <input type="radio"/></p> <p>Schilddrüsenüberfunktion <input type="radio"/></p> <p>Schilddrüsenunterfunktion <input type="radio"/></p> <p>Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/></p> <p><b><u>Infektionskrankheiten</u></b></p> <p>HIV/ Aids <input type="radio"/></p> <p>Tuberkulose <input type="radio"/></p> <p><b><u>Tumorerkrankungen</u></b> <b>(Bestrahlung, Chemotherapie)</b> <input type="radio"/></p>
--	--

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche ?

Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja, welche ?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe ? Wenn ja, welche ? Allergiepass ?

Für weibliche Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft ?

**Ihre Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden ? ja  nein   
Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft ? ja  nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes mit!  
Ich empfehle Ihnen, nach Behandlung mit örtlicher Betäubung kein Kraftfahrzeug zu führen!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung umseitig →**



# Einverständniserklärung

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Zahnarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert.
- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde (Zahn-) Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Bei einem Zahnarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Zahnarzt meinem neuen Zahnarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meinem bisherigen Zahnarzt zur Verfügung gestellt bekommt.

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters)