



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/mobil _____

Postleitzahl _____ Ort- _____

E-Mail _____ **Beruf** _____ **Arbeitgeber** _____

Name der Krankenkasse _____ gesetzliche Versicherung private Versicherung

Führen Sie ein Bonusheft? ja nein private Zahnzusatzversicherung

bei Familienversicherten:

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Vorbehandler, wenn Sie ihn nennen wollen: _____

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Speicherung Ihrer Daten in unserer EDV ein. Die Verwendung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation unserer zahnärztlichen Behandlung und unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Wahrung der ab 25.05.2018 geltenden Datenschutzrichtlinien zur Ermöglichung einer fachlichen Zusammenarbeit an mitbehandelnde Kollegen oder aus Versicherungsbelangen an die entsprechende Krankenversicherung weitergeleitet werden können.

Damit Sie wichtige Informationen schnell und unkompliziert erhalten und wir der Umwelt zuliebe Papier sparen, sind wir bemüht den größten Anteil des Schriftverkehrs per E-Mail abzuwickeln. Zudem können wir Sie über diesen Weg, im Rahmen unseres Recall Systems an anstehende Vorsorgetermine erinnern. Wenn Sie nicht am Recall teilnehmen wollen kreuzen Sie bitte „NEIN“ an. **nein**

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Aufklärung zahnärztliche Lokalanästhesie:

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht unbedingt auszuschließen. Komplikationen wie Bluterguss, Nervenschädigungen, eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit können in seltenen Fällen auftreten.

Die Aufklärung habe ich zur Kenntnis genommen: **Datum, Unterschrift** _____

Gesundheitsfragen

Hausarzt: _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein wenn ja welche: _____

gerinnungshemmende Medikamente? ja nein

antiresorptive Medikamente gegen Osteoporose/Knochenmetasen (Bisphosphonate)? ja nein

Haben Sie Allergien/ Überempfindlichkeiten? ja nein wenn ja welche: _____

Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herschrittmacher/ künstl. Herzklappen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung/Bluterkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung (Hepatitis/Zirrhose):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV Infektion:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung/ Asthma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Glaukom (grüner Star):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niereninsuffizienz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein wenn ja welche: _____

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Gelenkersatz ja nein wenn ja welchen und wann bekommen: _____

Schwangerschaft: ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Stillen Sie? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Für Neupatienten: wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung Internet/Website sonstiges

Sie sind uns wichtig: Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Beratungswunsch:

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz auf Implantaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weißer Zähne /Zahnbleaching	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnästhetik / Ihr Lächeln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfarbene Keramikinlays	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischrückgang/-bluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Empfindliche Zahnhälse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pressen/Knirschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verspannungen / Kopf- und Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____