

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherter

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Krankenkasse _____

Kontaktdaten

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
--------------------	--------------	------------------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (nur für Neupatienten)

Familie, Freunde Suchmaschine (Google)
 Patientenbewertungsportal (Jameda) Social Media (Facebook, Instagram)
 Sonstiges _____

Röntgen

Sind Sie das letzte Jahr im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Änderung: 31.05.2018	Geprüft: 31.05.2018	Freigabe: 31.05.2018
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ja nein

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Änderung: 31.05.2018	Geprüft: 31.05.2018	Freigabe: 31.05.2018
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Änderung: 31.05.2018	Geprüft: 31.05.2018	Freigabe: 31.05.2018
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Zahnmedizinische Auskünfte

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
------------	----------------------	----------------------------------------

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
------------	----------------------	----------------------------------------

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
------------	----------------------	----------------------------------------

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen können.

Änderung: 31.05.2018	Geprüft: 31.05.2018	Freigabe: 31.05.2018
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Recall-Service

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist unter anderem hilfreich, um Ihren Bonus bei der Krankenversicherung nicht zu verlieren. Sollten Sie eine / keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service.

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall) ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3, DS-GVO). 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, DS-GVO).

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 31.05.2018	Geprüft: 31.05.2018	Freigabe: 31.05.2018
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian