

Willkommen in unserer Praxis!



Name/Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können zu Auswirkungen Ihrer zahnärztlichen Behandlung führen. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anzupassen.

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:

Bitte ausfüllen ggf. Zutreffendes ankreuzen!

	JA	NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? z. B. ASS, Marcumar, Xarelto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Materialien? (z. B.: Latex, Nickel) _____ Medikamente? (z. B. Penicilline) _____ Nahrungsmitteln und deren Inhaltsstoffe? (z. B. Jod) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen:(Dialyse, Chronische Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Bisphosphonateinnahme? z.B. Knochentropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen (z.B. MS...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonateinnahme?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte wenden

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborener oder erworbener Herzfehler?
- Herzklappenfehler oder eine Herzklappenprothese?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
- Herzoperationen?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie künstliche Gelenke, wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, Halsbereichs geröntgt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurde im letzten Jahr eine Operation durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zeigen Sie übermäßige Spritzenreaktionen? (z.B. Ohnmacht, Ausschlag)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Traten nach einer Zahntfernung Komplikationen auf? (z. B. eine Ohnmacht oder Nachblutungen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja welche Woche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Möchten Sie an unserem Erinnerungssystem zur Vorsorge/Prophylaxe teilnehmen?

per Brief oder E-Mail (Zutreffendes unterstreichen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben sie eine Zahnzusatzversicherung, wenn ja welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Bestellpraxis-Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24 h vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht eingehaltene Termine, nach privater 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 Verzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Versicherungskarte bei jeder Behandlung. Liegt sie 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung gemäß GOZ.

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Daten (z.B. Befunde, Röntgenbilder) zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen, sowie an evtl. zu überweisende Ärzte (Chirurgen...), zahntechnische Labore usw. zu übermitteln.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO:

Im Rahmen der Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b EU-DSGVO notwendig. Ohne dies ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Daten, sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2h EU-DSGVO folgt.

Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____