



Herzlich willkommen!

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe persönlich Zeit für Ihre zahnmedizinischen Anliegen nehmen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, da dieser Auswirkungen auf Ihre Zahngesundheit und die zahnärztliche Behandlung haben kann. Dabei unterliegen alle Angaben selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Sollten sie Rückfragen oder Anmerkungen haben, können Sie sich gerne jederzeit an uns wenden.

Persönliches

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf	
Telefon	Mobiltelefon	E - Mail	
Hausarzt	Adresse	ggf. überweisender Arzt	

Krankenversicherung

Krankenkasse

Gesetzliche Versicherung Zusatzversicherung
 Private Versicherung Beihilfe Basistarif

Falls Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf	

Warum suchen Sie uns auf?

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischblutungen	<input type="checkbox"/> Kopf-/ Nackenschmerzen
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Ästhetik	<input type="checkbox"/> Parodontitis/ Parodontose	<input type="checkbox"/> Knirschen/ Pressen
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Tinnitus
<input type="checkbox"/> Implantologie	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Migräne

Weil Sie uns wichtig sind

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst? _____

Haben Sie besondere Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja nein

Leiden Sie unter verstärktem Würgereiz? ja nein

Besteht eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit? ja nein

Bitte wenden →



Gesundheitsfragen

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis Prophylaxe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HNO-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher/künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lungenerkrankung, v.a. Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie künstliche Gelenke? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung/Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Chemotherapie/ Bestrahlung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie/ Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, HIV | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie andere schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche: | | _____ | |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, in welchem Monat: _____ | |

Medikamente

- | | | | |
|-----------------------------|---|----------------|---|
| Blutverdünnende Medikamente | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Cortison | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Antidepressiva | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige: | _____ |

Allergien

- | | | | |
|---------------------------|---|-------------|---|
| Lokale Betäubungsspritzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ibuprofen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Antibiotikum | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Paracetamol | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Latex | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige: | _____ |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung
 Praxis-Website
 Facebook
 Telefon /Branchenbuch
 Überweisung durch anderen Arzt
 Sonstige: _____

Information und Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung. Obwohl die Lokalanästhesie ein sehr sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanz nicht immer vermeidbar. Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatome, Nervenschädigungen, Selbstverletzung. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Bestellpraxis: Vereinbarung bzgl. Terminabsagen

Die vereinbarten Termine sind ausschließlich für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen/ -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir das Honorar für die vorgesehene Zeit bei nicht wahrgenommenen Terminen, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, sowohl Mitgliedern gesetzlicher als auch privater Krankenversicherungen nach §615 BGB nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat berechnen müssen. Durch nicht fristgerechte Absage bzw. Nichterscheinen Ihrerseits tritt Annahmeverzug ein.

Einverständnis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben, bei Änderungen der Anamnese werde ich diese dem Behandler mitteilen. Die abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Diese unterliegen selbstverständlich den strengen Bestimmungen des europäischen Datenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich stimme der Vereinbarung bzgl. des Ausfallhonorars bei nicht fristgerechter Terminabsage meinerseits zum Termin zu.

Datum

Unterschrift/ Unterschrift Erziehungsberechtigte