

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.

Patient

Herr/Frau/Kind Name _____ Vorname _____ geb. Datum _____

Hauptversicherter

falls der Patient Name _____ Vorname _____ geb. Datum _____
nicht selbst der
Hauptversicherte ist

Anschrift

Straße Nr. PLZ Ort

Tel. privat Tel. tagsüber Handynummer

E-Mail Adresse Ausgeübter Beruf/Funktion

Name der Krankenkasse/Versicherung Ja Nein
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Wie wurden Sie auf Über Empfehlung eines unserer Patienten: _____
unsere Praxis aufmerksam? Über das Telefonbuch Gelbe Seiten Übers Internet

Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft

Damit wir als Ihre Zahnärzte uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren können, wickelt die zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft das Rechnungsmanagement für uns ab. Die Vorteile für Sie als Patient: Wir haben mehr Zeit für Sie und Sie haben die Möglichkeit der Ratenzahlung. Um eine rechtssichere Abwicklung zu gewährleisten, bitten wir Sie, um Ihre schriftliche Zustimmung zur Weitergabe Ihrer Daten, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen.

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Hiermit entbinde ich freiwillig die Praxis von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass eventuell vorhandene Patientenunterlagen(wie Röntgenaufnahmen, Arztberichte...) angefordert bzw. an mitbehandelnde Ärzte weiter versendet werden können (u.A. per E-Mail Verkehr). Zudem stimme ich der Speicherung /Verarbeitung meiner Patientendaten im Sinne der Datenschutzrechtlichen Einwilligung (Art. 6,7 Abs.1 DSGVO) zu.

Unterschrift

Datum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf der Rückseite zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Ihre Praxis für Endodontie, ästhetische Zahnheilkunde,
Implantologie, Parodontologie und Prophylaxe.**

Ihr Hausarzt/
Facharzt

Name

Tel. Nummer

Herz-Kreislauf Erkrankungen

Zu hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung/ defekt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen:	_____

Infektionserkrankungen

Hepatitis A/B/C	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
HIV	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsneigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes Typ I oder II	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	_____

Weitere Angaben

Sind sie Drogen- oder Alkoholabhängig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, wünschen Sie Erinnerung per Telefon per Post per E-Mail: _____

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterlippenregion betroffen sein kann. Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden. Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Terminplanung zu berücksichtigen.

Datum Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.