

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis !**

Bevor wir uns ausführlich Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir, neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine sachgerechte und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte beachten Sie auch unsere Hinweise am Ende des Fragebogens.

Fragen zu Ihrer Person

Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße, Hausnummer		Wohnort
_____	_____	_____
Telefon privat	Mobiltelefon	E-Mail
_____		_____
Gesetzliche Krankenversicherung		Private Krankenversicherung

Versicherter (Familienangehörige, Erziehungsberechtigte)

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße, Hausnummer		Wohnort
_____	_____	_____
Telefon privat	Mobiltelefon	E-Mail
_____		_____
Gesetzliche Krankenversicherung		Private Krankenversicherung

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt? (z.B. Beamte) Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ? eintragen.	ja	nein	Falls Sie mit <i>ja</i> antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben
1. Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Blutgerinnungsstörung, Blutverdünner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Künstliche Gelenke (z.B. Knie-, Hüftgelenk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herz-Kreislaufkrankung/Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.1 Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2 Herzinfarkt/ Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.3 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.5 Herzklappenerkrankung/Ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.6 Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.7 Verminderter Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.8 Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Leber-oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rheumaerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Nehmen Sie Medikamente? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Nehmen Sie Bisphosphonate gegen Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Name und Anschrift des Haus-oder Facharztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnmedizinische Auskünfte:			
1. Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Traten Probleme nach einer zahnärztlichen Betäubung auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sind Sie schon einmal im Kopf-Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für unsere Patientinnen:			
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hinweis zur Organisation:

Da wir eine Bestellpraxis sind und Ihr Termin ausschließlich für Ihre Behandlung vergeben und freigehalten wird, bitten wir Sie, im Falle einer Verhinderung, **unbedingt** abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, die durch den Behandlungsausfall entstehenden Kosten in Rechnung zu stellen.

Hinweise zu unserem Praxisservice:

Wir bieten Ihnen die Teilnahme an unserem sog. **Recall-Service** an. Sie werden von uns halbjährlich an die Vereinbarung einer Kontrolluntersuchung, einer Professionellen Zahnreinigung oder einer Individualprophylaxe für Ihr Kind erinnert. Wie können wir Sie idealerweise erreichen?

Bitte **nur einen** Wunsch angeben!

- SMS
- E-Mail
- Post
- nein danke, ich möchte nicht erinnert werden

Ein weiterer, **exklusiver Service** unserer Praxis ist es, Sie am Vortage eines vereinbarten Termins per **SMS** zu erinnern.

- ja, ich profitiere gern von diesem Service
- nein danke, für mich ist der **Termin verbindlich**. Ich benötige keine Erinnerung

Selbstverständlich können Sie Ihre Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen.
(Art.7 Abs.3 DSGVO) Die Rechtmäßigkeit der Einwilligung der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt. (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

Hinweis für Gesetzlich Krankenversicherte:

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin meine Krankenversicherungskarte innerhalb von **10 Tagen** vorzulegen. Andernfalls können mir die erbrachten Leistungen in einer Privatrechnung, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), in Rechnung gestellt werden.

Anästhesieaufklärung:

Beim Setzen einer Leitungsanästhesie kann es in seltenen Fällen zu einer Läsion eines Nerven kommen, und zwar entweder des Nervus alveolaris inferior oder des Nervus lingualis. Nach verschiedenen zahnmedizinischen Studien beträgt die Komplikationsdichte jeweils etwa 0,0001 bis maximal 0,01 Prozent. In der Regel tritt eine Spontanheilung ein, es verbleibt nur selten eine permanente Sensibilitätsstörung.

Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

Wir bitten Sie, uns diese Aufklärung nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

Datum , Ort

Unterschrift