

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben immer der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____ Geb. Ort _____ m w

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel. beruflich _____

Vormund / Betreuer Ja Nein

ICH BIN

gesetzlich versichert privat versichert

zusatzversichert
Bei welcher Zusatzversicherung? _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Pflegestufe _____ beihilfeberechtigt Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____ m w

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Name des Hausarztes / Facharztes

Kontaktdaten

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer Ihres Hausarztes.

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

Routinekontrolle

Beratung

Schmerzbehandlung

neuen Zahnersatz

„zweite Meinung“

Zahnfleischbluten

Knirschen

WAS IST IHNEN FÜR IHRE ZÄHNE WICHTIG?

Langfristig:

Kurzfristig:

3 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament? Ja Nein

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

4 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Sonstiges? _____

KREISLAUFERKRANKUNGEN

zu hoher Blutdruck? Ja Nein
zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Sonstiges? _____

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV? Ja Nein

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Jameda Empfehlung von Bekannten Gelbe Seiten Telefonbuch Sonstiges _____

MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

per Telefon per E-Mail per Post

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (ab 45 Minuten) in Rechnung gestellt werden können.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Einverständnis Röntgenerklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir durchgeführt werden. Ich willige hiermit ein, dass die Zahnarztpraxis Dr. Bernuth Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (bspw. Kieferorthopäde / Hausarzt) einholt und in der Praxis erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

An dieser Stelle möchten wir Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf dieser Seite erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

Weitere Informationen zum Datenschutz, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben oder eine Auskunft zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption.

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Nierenerkrankungen? Ja Nein
Magen- / Darmerkrankungen? Ja Nein
Chronische Lebererkrankungen? Ja Nein
Sonstiges? _____

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma? Ja Nein
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen? Ja Nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie künstliche Gelenke? Ja Nein
Welche? Seit wann? _____

Haben oder hatten Sie eine Chemotherapie oder eine Bestrahlungstherapie? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Leiden oder litten Sie an einer Krebs-erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten