



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie die einzelnen Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Adresse	Geburtsort:	
Telefonnummer:	Mobil:	E-Mail:

Versicherte Person/ Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Adresse	Telefonnummer/ Mobil:	

Versicherung

Name:	Ort:
☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ privat ☐ PKV-Standardtarif ☐ Beihilfe	
Besteht eine Zusatzversicherung?	☐ ja ☐ nein Welche:
Haben Sie einen Pflegegrad oder bekommen Sie Eingliederungshilfe?	☐ ja Pflegegrad: ☐ nein

Hausarzt

Name:	Anschrift:

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislauferkrankung	☐ ja ☐ nein	Blutgerinnungsstörung	☐ ja ☐ nein
Hoher Blutdruck	☐ ja ☐ nein	Niedriger Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja ☐ nein	Lungenerkrankung/ Asthma	☐ ja ☐ nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	☐ ja ☐ nein	Raucher	☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankung	☐ ja ☐ nein	Rheuma/ Arthritis	☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja ☐ nein	Tumorerkrankung	☐ ja ☐ nein
		Alkoholabhängigkeit	☐ ja ☐ nein

Sonstige Erkrankungen:



Infektionskrankheiten

HIV Infektion/ AIDS ☐ ja ☐ nein

Hepatitis C ☐ ja ☐ nein

Hepatitis A ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose ☐ ja ☐ nein

Hepatitis B ☐ ja ☐ nein

MRSA ☐ ja ☐ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie ☐ ja ☐ nein

Metalle ☐ ja ☐ nein

Antibiotika ☐ ja ☐ nein

Latex ☐ ja ☐ nein

Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein

Allergiepass ☐ ja ☐ nein

Sonstige:

Sonstige wichtige Informationen

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche SSW?

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit zahnärztliche Röntgenaufnahmen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit bzw. regelmäßig ein?

Name:

Seit:

Name:

Seit:

Name:

Seit:

Name:

Seit:

Kostenloser Erinnerungsservice (Post/ SMS/ E-Mail)

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne von Anfang an gesund zu erhalten. Daher bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für kontroll- und Prophylaxe Termine an.

Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungsservice vormerken lassen? ☐ ja ☐ nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Empfehlung

☐ Internet/ Website

☐ Sonstiges

ACHTUNG! Ein unentschuldigtes Nichterscheinen in einer Bestellpraxis ist ein großes Problem!

Sagen Sie immer möglichst 24 Stunden vor dem Termin ab, falls Sie nicht erscheinen können.

Die Ausfallgebühr bei unentschuldigtem Nichterscheinen beträgt 50,00 Euro.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten/ des



Liebe Patientin, lieber Patient,

eine umfassende Aufklärung nehmen wir in unserer Praxis sehr ernst. Sollte bei Ihnen eine Lokalanästhesie insb. in Form einer sogenannten Leitungsanästhesie nötig sein, möchten wir Sie hier mit über die Möglichkeit in der Literatur bekannter Komplikationen aufklären, auch wenn diese äußerst selten auftreten.

Allgemeine Komplikationen

Intoxikationserscheinungen, z.B. nach intravasaler Injektion; Bewusstlosigkeit (Ohnmacht); allergische Reaktionen; Hyperventilationstetanie; Zwischenfälle bei Allgemeinerkrankungen wie Bluthochdruck, Herzerkrankungen

Lokale Komplikationen

Anästhesieversager, z.B. bei zu entzündlichem Gewebe; Schleimhautnekrosen; Hämatombildung;
Nervenschädigung mit folgender An - oder Parästhesie; Fazialislähmung; Schluckstörungen; anämische Zonen;
Schilddrüsenschwellung; Infektion; Kieferklemme; trockene Alveole;
Kanülenbruch; Verschlucken oder Aspirieren von Kanülen; indirekte Anästhesieschäden, z.B.
Beißen auf die Wange während der anhaltenden Taubheit

Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an!

Ich bin über die möglichen Folgen einer Lokalanästhesie insb. in Form einer sogenannten Leitungsanästhesie aufgeklärt worden.

x

Ort, Datum

x

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Mir ist bekannt, dass die Datenverarbeitungserklärung jederzeit in der Praxis eingesehen werden kann.

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsvertrages und der Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind.

Ohne diese Daten werden wir nicht in der Lage sein, den Behandlungsvertrag mit Ihnen durchzuführen.

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den behandelnden Ärzten und anderen Therapeuten sinnvoll. Auch der Austausch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) oder Ihrer Krankenkassen bezüglich Heil- und Kostenplan (HKP) ist notwendig, um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung zu gewährleisten.

In Einzelfällen können Sie der Datenübermittlung gegenüber Ihrem Arzt widersprechen beziehungsweise den Umfang bestimmen.

Widerspruch

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 2 DSGVO)

x

Ort, Datum

x

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten