

Herzlich Willkommen in meiner Praxis!



Bevor ich mich in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten kann, benötige ich neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofrei Behandlung. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Patient:

Herr/ Frau/ Kind Nachname _____ Vorname/ Titel _____ geboren am _____

Versicherter:

falls abweichend Nachname _____ Vorname/ Titel _____ geboren am _____

Anschrift:

Straße/ Hausnummer _____ PLZ/ Wohnort _____ Telefonnummer privat _____

E-Mail _____ Beruf/ Arbeitgeber _____ Telefonnummer dienstlich _____

Name des Hausarztes _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich versichert privat versichert
 private Zusatzversicherung Beihilfe

Gesundheitszustand:

Nervenerkrankung/ Depression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma/ Gelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma/ Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Suchtabhängig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Endokarditisprohylaxe nötig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____

Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankung/ Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
HIV-Infektion/ AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____

Bitte wenden!



Allergien (Allergiepass) bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie Ja Nein Antibiotika
O Ja O Nein
Schmerzmittel Ja Nein Sonstiges:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente? (z. B. Marcumar/ ASS ect.) Ja Nein

- Welchen INR Wert haben Sie? _____

Erhalten Sie eine Bisphosphonatbehandlung (Osteoporose, Tumorthherapie)? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

- Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

- Stillen Sie? Ja Nein

Wünschen Sie von mir an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Ja Nein

Eine letzte Frage:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Ich bin immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitte ich Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ich bin berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach BGB §615 in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die mich mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten:

Ich benötige vor Behandlungsbeginn Ihre Krankenversicherungskarte (zu Beginn jedes Quartals). Liegt mir diese innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss ich Sie als Privatpatienten betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung der Zahnärztlichen GOZ.

Ort, Datum

Unterschrift



Datenschutzvereinbarung:

Die Datenvereinbarung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder). Diese personenbezogene Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrag und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistung andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung sind mir bekannt. Vom „Hinweisblatt der Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift