

Herzlich Willkommen in meiner Praxis!

Zahnärztin

Dr. Marion
Bajohr

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 risikofreie 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	☐ Ja ☐ Nein	hoher Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ Ja ☐ Nein	niedriger Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein
Osteoporoseerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	Mundtrockenheit	☐ Ja ☐ Nein
Rheuma/ Gelenksbeschwerden	☐ Ja ☐ Nein	Raucher	☐ Ja ☐ Nein
Asthma/ Lungenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	Diabetes	☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein		
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ Ja ☐ Nein		
Suchterkrankung	☐ Ja ☐ Nein	wenn ja welche?	_____
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein	wenn ja welche?	_____
Herzschrittmacher	☐ Ja ☐ Nein		
Endokarditisprophylaxe nötig?	☐ Ja ☐ Nein		
Pflegegrad	☐ Ja ☐ Nein	wenn ja welcher?	_____

Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankung/ Hepatitis A/B/C	☐ Ja ☐ Nein		
Tuberkulose (Tbc)	☐ Ja ☐ Nein		
HIV-Infektion/ AIDS	☐ Ja ☐ Nein		
andere Infektionskrankheiten	☐ Ja ☐ Nein	wenn ja welche?	_____

Bitte wenden!

Allergien (Allergiepass) bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie ☐ Ja ☐ Nein Antibiotika ☐ Ja ☐ 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? _____

Tumorerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche? _____

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

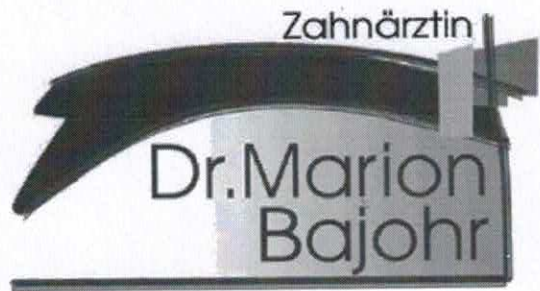
Eine letzte Frage:

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.



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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte 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 Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche 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