

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird in Ihrer digitalen Patientenakte abgelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum/ -Ort _____

Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter (nur auszufüllen, falls abweichend zu oben)

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

Email _____

Krankenkasse

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Beihilfe ☐ privat Basistarif

Hausarzt

Name _____ PLZ / Ort _____

Gesundheitliche Informationen

Vorerkrankungen?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt (wann?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall (wann?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Störung der Blutgerinnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenke (Rheuma), Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grünen Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis (A , B , C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien?

Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche?		

Sind Sie Schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Sonstiges

Rauchen Sie? Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Cortison	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS, Marcumar ®?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:	_____	

Sonstiges _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlicher 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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Termintreue / Organisation

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies erspart unnötig lange Wartezeiten. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung in Rechnung stellen.

Recall für Kontrolltermine

Wenn Sie es wünschen, wollen wir Sie gerne für die Vereinbarung zum nächsten Kontrolltermin kontaktieren. Mit Erteilung der Erlaubnis, kommen wir mit Terminvorschlägen auf Sie zu.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Datenschutzerklärung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem behandelnden Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Geburtsort, Versicherungsstatus, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe, Laborergebnisse und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung der Datenschutzvorgaben nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischer oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztlicher Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztlicher Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich willige der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

☐ ja ☐ nein

Und aus Neugier...

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Empfehlung

☐ Telefon - / Branchenbuch

☐ Internet (Jameda, Google usw.): _____

☐ sonstige: _____

Ort: _____ , den _____ Unterschrift: _____