

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
_____	_____	_____
Krankenkasse	Email-Adresse	Beruf*

Versicherter

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

ja nein

Wenn ja, wann?

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte **Medikamente** oder andere **Stoffe**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? ja nein

Wenn ja, welche **Stoffe** sind dort genannt? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ja nein

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie **Drogen oder andere Suchtmittel** zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Auskünfte

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ja nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Heimstetten, _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Heimstetten, _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt und hängt in unserer Praxis aus. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information und die Erlaubnis zur Datenverarbeitung durch Ihre Unterschrift.

Heimstetten, _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Für unsere Patienten bieten wir einen **SMS-Service*** zur Terminerinnerung. Ich bin einverstanden, per SMS auf mein Mobiltelefon an den nächsten Termin erinnert zu werden

ja nein

Patientenfoto*

Ihr Foto / das Foto des von Ihnen vertretenen Patienten wird ausschließlich für praxisinterne Zwecke (Speicherung in unserer Praxisverwaltungssoftware) verwendet und nicht für andere Zwecke (Außendarstellung der Praxis o.ä.) verwendet. **Ich willige in die Erstellung (Aufnahme) eines Fotos (Portraitaufnahme) zur Einbindung in die Praxisverwaltungssoftware ein:**

ja nein

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Heimstetten, _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter