



Sehr verehrte Dame, sehr geehrter Herr, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Deshalb sichern wir Ihnen jetzt schon zu, dass wir Ihre Behandlung so schonend und sorgfältig wie möglich durchführen werden. Um die Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie dazu noch Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Patient

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Herr Frau

Herr Frau

Name:.....

Name:.....

Vorname/Titel:.....

Vorname/Titel:.....

Straße:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

PLZ/Ort:.....

Geb.-Datum:.....

Geb.-Datum:.....

Geb. Ort:.....

Telefon privat:.....

(für die Röntgenverordnung erforderlich)

Beruf:.....

Krankenkasse:.....

Telefon privat:.....

Für unerwartete Terminverschiebungen

sind folgende Angaben sinnvoll:

Mobil - Tel.:.....

E-Mail:.....

Tel. beruflich:.....

Fax:.....

Haben Sie einen Basistarif?

ja

nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung

ja

nein

Sollten Sie eine **Zusatzversicherung haben, empfehlen wir Ihnen in diesem Fall **vor** Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag einzureichen.**

Eine Erstattung der Kosten können wir nicht gewährleisten.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Bekannte / Freunde
- Internet
- Homepage
- Facebook
- Zeitung
- sonstiges

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien, Medikamenteneinnahme und -unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie unsere nachfolgend aufgeführten Fragen, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können.

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Wer ist Ihr Hausarzt/Facharzt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Medikamentenpass? Gerne scannen wir diesen ein.

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel und seit wann?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche Woche?

Besteht oder bestanden folgende Erkrankungen:

Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher/ künstl. Herzklappen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Lungenerkrankung/Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nasen-/Nebenhöhlen- erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Grüner Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Infektionskrankheiten (HIV, HCV, TBC, o.ä.)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Drogen- oder Alkohol- abhängigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HbA1c Wert		Sonstige Erkrankungen:.....		
Schilddrüsenenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

Frühere Behandlungen / Röntgenaufnahmen

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden?

ja

nein

Damit nicht erneut Röntgenbilder angefertigt werden müssen, fordern wir gerne aktuelle Bilder bei Ihrem vorherigen Zahnarzt an.

Dazu benötigen wir folgende Angaben:

Von wann sind diese Aufnahmen ca.?

.....

Wer hat diese Aufnahmen angefertigt?

.....

Bei den weiteren Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben.

Diese dienen dazu, Beratungen und Behandlungen besser und individueller auf Sie abzustimmen.

Frühere Erfahrungen

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wenn Sie länger nicht beim Zahnarzt waren, weshalb?

.....

Angst? Wovor genau und wodurch wurde sie ausgelöst?

.....

.....

Haben Sie jemals einen Zahnarzt gehabt,

zu dem Sie uneingeschränktes Vertrauen hatten und den Sie ohne Bedenken

an Familienmitglieder weiterempfohlen haben?

ja

nein

Grund Ihres Besuches / Beratungswünsche

Weshalb suchen Sie unsere Praxis auf?

Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/>
Prophylaxe	<input type="radio"/>
Karies	<input type="radio"/>
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>
Zahnlockerungen	<input type="radio"/>
Zahnfehlstellungen	<input type="radio"/>
Zahnfleischprobleme	<input type="radio"/>
Mundgeruch	<input type="radio"/>
Kiefergelenksprobleme	<input type="radio"/>
Zähneknirschen	<input type="radio"/>
Probleme mit Zahnersatz	<input type="radio"/>
Neuer Zahnersatz	<input type="radio"/>
Aussehen der Zähne	<input type="radio"/>
Verletzungen	<input type="radio"/>

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu folgenden Themen?

Mundgesundheitstherapie (Prophylaxe)	<input type="radio"/>
Metallfreie ästhetische Zahnheilkunde	<input type="radio"/>
Zahnfleischerkrankung (Parodontose)	<input type="radio"/>
Kinderzahnheilkunde	<input type="radio"/>
Wurzelkanalbehandlung (Endodontie)	<input type="radio"/>
Zahnersatz	<input type="radio"/>
Keramikinlays	<input type="radio"/>
Kiefergelenksbehandlung	<input type="radio"/>
Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="radio"/>
Beruhigende Lachgasbehandlung	<input type="radio"/>
Behandlung in Vollnarkose	<input type="radio"/>
Zahnfehlstellungskorrektur	<input type="radio"/>
Schwangerschaft und Zähne	<input type="radio"/>
Implantate	<input type="radio"/>

Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse für Ihren Besuch in unserer Praxis?

.....

Mundgesundheit

Mundhygiene

- Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich? 0-1 mal 1-2 mal öfter
- Wie lange dauert der Putzvorgang? unter 2 min. über 2 min.
- Welche Zahnbürste benutzen Sie? elektrisch Handzahnbürste
- Wie oft benutzen Sie Zahnseide
oder Zwischenraumbürstchen?
- Benutzen Sie eine Mundspüllösung? ja nein
.....
- Haben Sie schon einmal eine professionelle
Zahnreinigung durchführen lassen? ja nein
- Sind Sie an einer Optimierung Ihrer individuellen
Zahnpflege interessiert? ja nein

Funktion

- Leiden Sie unter Migräne oder Spannungskopfschmerz? ja nein
- Haben oder hatten Sie einen Tinnitus? ja nein
- Ist Ihre Muskulatur im Kopf-Nacken-Wirbelsäulenbereich
häufig verspannt? ja nein
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein
- Ist Ihre Kieferbewegung eingeschränkt? ja nein
- Knirschen Sie oder pressen Sie Ihre Zähne aufeinander? ja nein
- Tragen oder hatten Sie eine Knirscherschiene? ja nein
Wenn ja, seit wann?

Ernährung

- Wie viele feste Mahlzeiten
nehmen Sie täglich zu sich? < 3 3-5 > 5
- Wie häufig essen Sie zwischen diesen
Mahlzeiten zusätzlich? < 3 3-5 > 5
- Wie häufig trinken Sie außerdem etwas
anderes als Wasser? < 3 3-5 > 5
- Leiden oder litten Sie früher unter häufigem
Sodbrennen oder Erbrechen? ja nein
- Haben Sie empfindliche Zahnhälse? ja nein

Kleiner Service für Sie:

Äußern Sie uns gerne Ihren Musikwunsch oder bringen Ihre Musik oder Film zur Behandlung mit.

Gerne erinnern wir Sie daran, dass Ihr halbjährlicher Check-up wieder fällig ist.

Wünschen Sie einen halbjährlichen Erinnerungsservice O ja O nein

Sollten Sie dies wünschen, notieren Sie hier einfach Ihre Mobilnummer, wir erinnern Sie per SMS.

.....

Gibt es etwas, das Ihnen am Herzen liegt und das Sie mit uns besprechen wollen?

Kontaktieren Sie uns gerne telefonisch, per E-Mail oder Fax.

Wir sind für Sie da!

In eigener Sache:

Sie kommen zu uns in die Praxis mit dem Wunsch nach einer schonenden und sorgfältigen Behandlung.

Damit dies nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann, ist gerade in der Füllungs- und Wurzelbehandlung, so wie in der Zahnersatzbehandlung ein deutlicher zeitlicher Mehraufwand und die Verwendung von hochwertigen Materialien notwendig.

Da die Krankenkassen nicht die Kosten einer hochwertigen Versorgung tragen, ist die Behandlung meist mit Mehrkosten verbunden.

Wir und unsere speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen beraten Sie über unser modernes Leistungsspektrum und in Kostenfragen.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt.

Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit nur für Sie reservieren.

Das heißt aber auch, dass die Praxis still steht, wenn ein Termin nicht eingehalten wird.

Wir bitten Sie daher herzlich, Ihren Termin mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie zu informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden. Weitergehende Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), stehen Ihnen auf unserer Homepage oder dem Informationsblatt im Wartezimmer zur Verfügung.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

- Kassenzahnärztliche Vereinigung zum Zwecke der Abrechnung
- Ihre Krankenkasse
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung
- das Dentallabor im Rahmen einer Zahnersatzbehandlung
- weiterbehandelnde oder vorherige Zahnärzte / Ärzte
(Versand / Anfordern von Röntgenbildern, Untersuchungsergebnisse, Behandlungsunterlagen)
- das medizinische Labor, sofern die Untersuchung einer Gewebeprobe notwendig ist
- Anästhesisten im Zuge einer Vollnarkosebehandlung
- für unseren Terminerinnerungsservice ggf. an Ihren Ehe-Partner oder Ihr/e Kind/er
- bei nicht gezahlten Leistungen werden die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Ich wurde von meinem Zahnarzt/ -ärztin über das Erheben, Speichern und Weiterleiten meiner Daten informiert und stimme diesem zu.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass ich weiterhin namentlich angesprochen und der Kontakt per Telefon, E-Mail und SMS stattfinden darf.

Hierbei handelt es sich um organisatorische, patientenbezogene Korrespondenz und nicht um einen Newsletter. Mein Einverständnis kann ich jederzeit für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen Punkte widerrufen.

Datum	Vor- /Zuname in Druckbuchstaben	Unterschrift / Erziehungsber.
-------	---------------------------------	-------------------------------

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.