



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.
Dieser Bogen berücksichtigt die europäischen Datenschutzrichtlinien nach der DSGVO.

grüne Felder sind Pflichtfelder

graue Felder sind freiwillig

Patient	Name	Vorname	geb.
Mitglied	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	PLZ	Ort	Tel.
	Handy	e-mail	Fax
Beruf Arbeitgeber	Beruf	Arbeitgeber	Tel.
	Anschrift des Arbeitgebers		
Versicherung gesetzlich	Versicherung privat
Zusatzversicherung:	Beihilfe:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Basistarif:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
			Pflegegrad ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5

Wichtige Hinweise

- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.
- Bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes, oder eine Schwangerschaft unaufgefordert vor der Behandlung mitteilen.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis nach dem "Bestellsystem" geführt wird.
Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden daher in Rechnung gestellt!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von	Sonstiges (Internet, Telefonbuch , ...)
Überweisung von

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutverdünnungsmittel:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name des Arztes:		Bisphosphonate:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		andere:	

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
.....		Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
.....		Herzklappenersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	andere	
.....		Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) - Typ	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	HIV	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
M. Parkinson	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	andere	
Augenerkrankung (z. B. erhöhter Augendruck, ...)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheumaerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose (Medikamente)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Weitere Fragen (wenn ja, bitte Arzt ansprechen)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche/Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name des Arztes:		Sind einzelne Zähne empfindlich (Aufbeiß-, Heiß-/Kalt-Schmerz)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Können Sie auch harte Speisen kauen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wieviel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Trinken Sie Alkohol? Wieviel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hatten Sie Kopfverletzungen - Wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Tinnitus? Seit wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



Ich erkläre mich einverstanden,

dass im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung durch meinen Zahnarzt personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden und meine Daten nach Beendigung der Behandlung solange aufbewahrt werden, wie es den gesetzlichen Vorschriften entspricht (zehn Jahre). Auch danach werden meine personenbezogenen Daten nur auf Anforderung gelöscht.

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Eine weitere Behandlung ist dann nicht mehr möglich.

Ich entbinde alle in der Tätigen untereinander und gegenüber folgenden Personen oder Personengruppen, auch im Rahmen von obengenannten Punkten, von der ärztlichen Schweigepflicht:

Ärzte und gesetzl./priv. Krankenversicherungen	
Heilberufe und Labore	
Andere Personen (Betreuer, Angehörige)	

Ich erkläre mich einverstanden,

dass auf meinen Wunsch Informationen (Befunde, Röntgenaufnahmen, Rezepte, u.a.) per E-mail an oben genannte Personengruppen übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübermittlung sein kann.

ja nein

Ich erkläre mich einverstanden,

für die Zahnvorsorge kontaktiert zu werden

ja nein

per: Telefon SMS E-mail Brief

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Das mir ausgehändigte Infoblatt zur Lokalanästhesie habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

ja nein

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ja

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ja

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

ja

(Vom Zahnarzt auszufüllen) Insbesondere wurden folgende Punkte angesprochen:

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

Behandlungsphilosophie:

Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien, versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.

Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose + ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien. Am wichtigsten ist mir

Funktion Ästhetik

Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

Ihr Hauptanliegen:

Ort, Datum Unterschrift Patient/in