

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 Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Titel

Straße | Hausnummer

Geburtsdatum | Geburtsort

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Privat versichert Basistarif Standardtarif Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <small>(Blutzuckerkrankheit)</small> | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? | |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____ | | | |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis A B C Tuberkulose Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten CJK
 HIV | AIDS Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.)

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Bisphosphonate Schmerzmittel Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Cortison (Kortikoide) Antidepressiva
- Blutdruckmedikamente Wenn ja, welche? _____
- Herzmedikamente Wenn ja, welche? _____
- Sonstige Medikamente? _____
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?
Wenn ja, gegen welche? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Leiden Sie unter Mundgeruch?
- Blutet Ihr Zahnfleisch? Wurde bei Ihnen bereits eine kieferortho-
pädische Behandlung durchgeführt?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Was führt Sie zu uns? * _____
- Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? * _____
- Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? * _____

* Freiwillige Angabe – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche | Monat? _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? * _____

* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das kooperierende Labor übermittelt werden.

Hinweis zur Organisation:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat zu berechnen.

Ort | Datum

Unterschrift

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis ZAHNARZT AM LUTHERDENKMAL

ZAHNARZT AM LUTHERDENKMAL
DR. SEBASTIAN SCHMIDT

Wilhelm-Leuschner-Straße 1 | 67547 Worms | TEL 06241 6470 | FAX 06241 82585
praxis@schmidt-lutherdenkmal.de | www.schmidt-lutherdenkmal.de