

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wahrscheinlich kennen Sie solchen „Papierkram“ ... Damit wir jedoch optimal auf Ihre Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir vor Ihrer Behandlung noch einige aktuelle Informationen von Ihnen

Da Umstände aller Art Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben können, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig und wahrheitsgemäß beantworten! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anpassen zu können!

Bei Fragen zur Beantwortung helfen wir Ihnen gerne weiter!

Wen dürfen wir behandeln?

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Ort _____

Ansprechpartner (bei Kindern) _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Beruf _____

SELBSTÄNDIG ANGESTELLT

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon privat _____

Telefon beruflich _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Wie sind Sie Versichert?

GESETZLICH PRIVAT
 ZAHN/ZAHNERSATZ ZUSATZVERSICHERUNG
 SELBST VERSICHERT MITVERSICHERT

Hauptversicherter _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Geburtsdatum Hauptversicherter _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Anschrift _____

Telefon (wenn bekannt) _____

Allgemeine Vorgeschichte

1.1 Sind Sie gerade oder waren Sie in den letzten 2 Jahren aufgrund von Erkrankungen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? JA NEIN

2.1 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN
(Auch die „Pille“ zählt!)

Wenn ja, welche?

2.2 Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar, Aspirin, Eliquis etc.) JA NEIN

2.3 Haben Sie Probleme mit bestimmten Medikamenten? JA NEIN

Wenn ja, womit?

3.1 Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? JA NEIN
(z.B. Penicillin, Jod, Latex, etc.)

Wenn ja, welche?

3.3 Besitzen Sie einen Allergiepass? JA NEIN

4.1 Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? JA NEIN

Wenn ja, welche?

- 5.1 Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? JA NEIN
- a) Schilddrüsenerkrankungen? JA NEIN
 - b) Lungenerkrankungen / Asthma? JA NEIN
 - c) Nierenerkrankungen? JA NEIN
 - d) Lebererkrankungen? JA NEIN
 - e) Krebserkrankung? JA NEIN
 - f) Magen-Darmerkrankungen? JA NEIN
 - g) Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? JA NEIN
 - h) Nervenerkrankungen? JA NEIN
 - i) Rheuma / Arthritis / rheumatisches Fieber? JA NEIN
 - j) Diabetes? JA NEIN
 - k) Infektionskrankheiten (TBC, Hepatitis, HIV, etc.)? JA NEIN
 - l) zu hoher Blutdruck? JA NEIN
 - m) zu niedriger Blutdruck? JA NEIN
 - n) Thromboseneigung? JA NEIN
 - o) Ohnmachtsneigung? JA NEIN
 - p) Schlaganfall? JA NEIN
 - q) Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? JA NEIN
 - r) Osteoporose? JA NEIN
 - s) angeborener Herzfehler? JA NEIN
 - t) Endokarditis / Entzündung der Herzinnenhaut? JA NEIN

Sonstige Erkrankungen?

5.2 Wurden Ihnen künstliche Gelenke, ein Herzklappenersatz oder ähnliches eingesetzt? JA NEIN

Wenn ja, was und wann?

5.3 Mussten Sie im Rahmen eines Krebsleidens oder einer Osteoporose-Therapie Bisphosphonate einnehmen, bzw. wurde eine antiresorptive Therapie durchgeführt? JA NEIN

- 6.1 Besteht eine Schwangerschaft / Könnte eine bestehen? JA NEIN
 Wenn ja, in welcher Woche? _____
- 6.2 Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?
 In welchem Körperbereich? _____

Spezielle Anamnese

- 7.1 Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer-/ Gesichtsbereich? JA NEIN
- 7.2 Haben Sie einmal Probleme mit Betäubungen beim Zahnarzt gehabt?
- 7.3 Trät nach einer evtl. Zahntfernung einmal eine Nachblutung auf?
- 8.1 Haben Sie einen Röntgenpass?
- 8.2 Sind sie innerhalb der letzten 12 Monate im Hals-/Kopfbereich geröntgt worden?
- 9.1 Waren Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig beim Zahnarzt?
- 9.2 Wann ungefähr war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

- 9.3 Hatten Sie bisher Angst vorm Zahnarzt?
 JA EIN WENIG NEIN
- 9.4 Möchten Sie über Möglichkeiten zum Angstabbau informiert werden? JA NEIN
- 9.5 Was ist der Anlass für Ihren aktuellen Zahnarztbesuch?
 Kontrolle Beratung Schmerzen
 sonstiges: _____

- 10.1 Haben Sie Zahnschmerzen? JA NEIN
- 10.2 Haben Sie Schmerzen in der Kau-/Kiefermuskulatur?
- 10.3 Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich bzw. in den Kiefergelenken?
- 10.4 Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren bzw. Kiefergelenke?
- 10.5 Haben Sie Probleme beim Mundöffnen?
- 10.6 Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen?
- 10.7 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- 11.1 Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden?
 Wenn ja, wie alt sind die Füllungen ca.? _____

- Wie bewerten Sie die Qualität Ihrer Füllungen?
 sehr gut gut ausreichend schlecht
- 12.1 Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden? JA NEIN
 (Kronen, Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz)
 Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz ca.? _____

- Wie bewerten Sie die Qualität Ihres Zahnersatzes?
 sehr gut gut ausreichend schlecht
- 12.2 Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben: Wie oft und lange tragen Sie den Zahnersatz?
 immer nur tagsüber
 nur zum Essen selten oder nie

- 13.1 Haben Sie Zahnfleischbluten? JA NEIN
 Wenn ja, WIE OFT? _____

- 13.2 Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer Zähne? JA NEIN
- 13.3 Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches an einzelnen oder mehreren Zähnen?
- 13.4 Haben Sie freiliegende und/oder empfindliche Zahnhälse?
- 13.5 Sind Ihnen in der letzten Zeit Veränderungen an Lippen, Mundschleimhäuten oder der Zunge aufgefallen? (z.B. Schleimhautbrennen)

- Wenn ja, welche? _____
- 14.1 Rauchen Sie?
 Ja Nein
 Gelegentlich Nicht mehr seit ... Jahr(en)
 Wenn ja, WAS, SEIT WANN und WIE VIEL? _____

Prophylaxe , Ästhetik und Ihre Wünsche

- 15.1. Sind Ihnen schöne Zähne wichtig? JA NEIN
- 15.2 Ist Ihnen die Prophylaxe (Vorbeugung) für Ihre Zähne wichtig?
- 15.3 Möchten Sie über die Möglichkeiten der Zahnpflege und Erhaltung informiert werden?
- 15.4 Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur Zahnpflege?
 (z.B. Zahnseide, Interdentalbürsten, etc.)
 Wenn ja, WAS und WIE OFT? _____

- 16.1 Möchten Sie über Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, die über dem Standard der gesetzlichen Krankenkassen liegen? JA NEIN

Zuletzt würde uns noch interessieren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?
 Internet Zeitung/Zeitschrift Familie Freunde/Bekannte
 Empfehlung durch: _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihrer Angaben vor Ihren Terminen mit, damit wir uns auf die jeweils aktuellen Gegebenheiten einstellen können! Wir werden Sie darüber hinaus in regelmässigen Abständen erneut um Ihre Angaben bitten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bei Kindern: Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt es mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder dass er im Einverständnis des anderen Elternteils handelt. Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht benötigen wir die Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer) des anderen Sorgeberechtigten:

Datum und Unterschrift _____

Wünschen Sie unsere Erinnerungsservices?

Einwilligung zu Erinnerungs- und Informationsservices

Liebe Patientin, lieber Patient,

wünschen Sie unsere Informationsservices?

Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Auswahl und Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an eine Mitarbeiterin unserer Praxis. Wir beantworten Ihnen gerne Ihre Fragen.

Ich wünsche folgende Services:	SMS	eMail	NEIN
1. Recall-Erinnerungsservice für Ihre Kontroll- und Prophylaxetermine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Termin-Erinnerungsservice für Ihre vereinbarten Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allgemeine Patienteninformationen zur Zahngesundheit, -Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Kontaktdaten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

eMail, privat

Mobilnummer

Ich möchte, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Datum

Unterschrift Patient