

Bei uns haben Ihre Zähne gut lachen!

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Falls familienversichert, bei wem? (Ehepartner, Eltern): _____

Geburtsdatum des Versicherten: _____

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Krankenkasse: gesetzlich Zusatzversicherung
privat _____ Beihilfe
falls privat, Basistarif: ja nein

Einverständniserklärung für Lokalanästhesie

Einige Behandlungen machen eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) notwendig. Hierbei werden Nerven-Endäste (Infiltrationsanästhesie) oder der Nervenstamm (Leitungsanästhesie) mit einem Betäubungsmittel umspritzt und das entsprechende Versorgungsgebiet betäubt. Dabei kann es in seltenen Fällen zu einer Schädigung der Nerven kommen, die zu Gefühlsstörungen in Lippe oder Zunge führen kann, die sich nach der Zeit jedoch wieder zurückbilden können. Weitere Komplikationen und Risiken sind Allergien auf Betäubungsmittel, Herz-Kreislauf-Störungen, Hämatom, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und der Bedienung von Maschinen, erhöhte Selbstverletzungsgefahr während der Wirkdauer. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir eine Lokalanästhesie durchgeführt wird, falls es die Behandlungsmaßnahme erfordert. Weitergehende Fragen wurden hinreichend beantwortet und bestehen nicht mehr.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der genannten Angaben und erkläre mich einverstanden, dass für Terminerinnerungen sowie für Terminänderungen telefonisch und per E-Mail Kontakt aufgenommen werden darf.

Schweinfurt, _____ Unterschrift: _____

Diese Seite nur ausfüllen, wenn Sie erstmalig zur Behandlung in unserer Praxis sind.

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnschmerzen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnfleischbeschwerden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Mundgeruch	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kiefergelenkbeschwerden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Knirschen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sonstiges _____		

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Weißer Zähne / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnersatz/Kronen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Implantate / Implantatversorgung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kieferorthopädische Behandlung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Amalgamsanierung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung <input type="radio"/>	Telefonbuch <input type="radio"/>
Internet <input type="radio"/>	Sonstige <input type="radio"/>

Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Haben Sie:	Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	Stent <input type="checkbox"/>	Bypass <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutverdünnung (z.B. ASS, Marcumar)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welches Medikament?	_____		
Erhöhte Blutungsneigung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma (Knochenerkrankung)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis: A O B O C O)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
HIV (AIDS)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma / Atemwegserkrankung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Depressionen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	_____		
Osteoporose		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bisphosphonattherapie		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?	_____		
Raucher		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bitte wenden.

Sonstige schwere Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Allergien gegen?
Medikamente Materialien Metalle andere Stoffe
Wenn ja, bei welchen? _____

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Stillen Sie? ja nein

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Gabriele Timmermann meine Patienten- und Behandlungsdaten / Befunde bzw. Die entsprechenden Daten meines Kindes bzw. der betreuten Person gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung erhebt, verarbeitet und speichert, bei Laboruntersuchungen die notwendigen Daten an die Laboratorien übermittelt, sowie bei Bedarf die Daten weiter gibt. Insbesondere dürfen die Behandlungsdaten / Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung an die mitbehandelnden Ärzte übermittelt oder die zur Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten / Befunde dort erhoben und verarbeitet / genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der genannten Angaben.

Schweinfurt, _____ Unterschrift: _____

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie diesen Service nutzen möchten.

Unser Erinnerungsservice

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für Ihren Zahnarztbesuch? Im Rahmen unseres Recall-Systems erinnern wir Sie an Ihren nächsten Termin per (bitte ankreuzen):

SMS E-Mail Anruf

Wie oft möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

jährlich halbjährlich

Patient/in:

Vorname, Name _____

Adresse (Str., PLZ, Ort) _____

Telefon / Handy _____

E-Mail _____

Ich bin bereit, 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/in