

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Aufklärung

Sollte im Rahmen einer Therapie eine Leitungsanästhesie (zentrale/einseitige Betäubung des Unterkiefers) notwendig sein, bin Ich darüber aufgeklärt worden, dass dieses mit dem Risiko einer Parästhesie oder Ästhesie des Nervus Alveolaris (Teil- oder Totalausfall des Unterkiefernerves/ Mißempfindungen) verbunden sein kann.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
- Überweisung von _____
- Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
- Beratung „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Atemwege ja nein
- Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Service:

Möchten Sie von uns per Mail, SMS oder Post an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- nein ja.
- Mail SMS Post

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents Bypass
- Herzschrittmacher Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Osteoporosemittel - Bisphosphonate
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Haben oder hatten Sie ...

Eine Krebserkrankung und mussten sich einer Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen? Wenn ja - wann ja _____

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| einen Schlaganfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten, auch nach OP | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star oder Grauen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | |
| eine Gelenkprothese
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wo genau? _____ | | |
| Thrombosen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Creutzfeld Jacob | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| MRSA | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Alkoholkrankheit? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Recall: Möchten Sie an Ihre nächste zahnärztliche Untersuchung erinnert werden?

ja nein

Datenschutzbogen

Alle Informationen und Angaben unterliegen der (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Sie werden daher **streng vertraulich** behandelt. Hiermit stimme ich der **Speicherung** meiner Daten zu. **Löschungen** meiner Daten nach 10 Jahren oder auf meine Veranlassung.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle **auf tretenden Veränderungen** während meiner Behandlungsdauer zu informieren.

Außerdem stimme ich hiermit zu, dass die personenbezogenen Daten allen derzeitigen Behandlern (und Assistenzen), sowie eintretenden Behandlern/Assistenzen in dieser Praxis zugänglich gemacht werden.

Im Falle einer gewünschten **Weiterbehandlung** durch Kollegen oder zur kollegialen Abstimmung (Konzil) mit Kollegen bin ich mit der Weitergabe der behandlungsspezifischen (erforderlichen) Unterlagen/Fotos/Daten/Röntgenbilder einverstanden.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <http://www.g-ba.de/beschluesse/4036>

Ich wurde darüber informiert, dass ich ein **Beschwerderecht** bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (ULD= unabhängige Landeszentrale für Datenschutz SH) inne habe.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift