Zahnarztpraxis

ANJA WERNING

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dieser ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient - Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Mitglied - Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tagsüber telefonisch erreichbar unter: _____

Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Zusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Privat versichert bei : _____ Versicherungsnummer: _____

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese oder ein Nachweis Ihrer Krankenkasse 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie bitte, wir sind eine Bestellpraxis. Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, werden in das Bestellsystem eingebunden, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. **Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenverordnung in Rechnung zu stellen.**

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte zutreffendes ankreuzen! Danke

Ärztliche Behandlungen

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wegen welcher Erkrankung?

_____

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse und Telefonummer: _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

_____

_____

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

_____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja ☐ nein ☐

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) / Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) / Herzasthma, Angina pectoris / Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

_____

Kreislauferkrankungen

Zu hoher/niedriger Blutdruck? ja ☐ nein ☐
Zustand nach Herzinfarkt? ja ☐ nein ☐
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja ☐ nein ☐

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? ja ☐ nein ☐
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja ☐ nein ☐

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja ☐ nein ☐
Schilddrüsenerkrankung? ja ☐ nein ☐
Magen-Darmerkrankungen? ja ☐ nein ☐

Erkrankung des Nervensystems

z.B. Epileptische Anfälle/ Krämpfe? ja ☐ nein ☐

_____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja ☐ nein ☐
Blutarmut (Anämie)? ja ☐ nein ☐

Infektionskrankheiten

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja ☐ nein ☐
HIV? ja ☐ nein ☐
MRSA-Keim (Krankenhauskeim)? ja ☐ nein ☐
Herpes - auch wenn zur Zeit nicht akut? ja ☐ nein ☐

Atemwegserkrankungen

Tuberkulose? ja ☐ nein ☐
Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten, COPD, Asthma etc. ? ja ☐ nein ☐

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja ☐ nein ☐

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja ☐ nein ☐
Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐
Treiben Sie Sport? ja ☐ nein ☐
Leiden Sie an Mundgeruch? ja ☐ nein ☐

Bewegungsapparat

Haben Sie künstliche Gelenke (Knie/Hüfte)? ja ☐ nein ☐
Osteoporose? ja ☐ nein ☐
Rheuma? ja ☐ nein ☐

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Herausgabe / Weiterleitung von Röntgen- und /oder Behandlungsunterlagen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke zwecks notwenigen Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen, und dass für die Rechnungsstellung das Inkasso und die Buchhaltung notwenige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Anästhesie

Ich bin damit einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanäthesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in der Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Fluoridierung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen einer Individualprophylaxe bei Kindern zwischen dem 6. bis zum vollendetem 18. Lebensjahr, professionelle Zahnreinigung oder während der zahnärztlichen Behandlung fluoridhaltige Lösungen, Lacke bzw. Gele verwendet werden dürfen.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ihr Praxisteam

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich _____

stimme hiermit der Speicherung meiner bzw. meines Kindes _____

personenbezogenen Daten für den Zweck **der Leistungserfassung und deren Abrechnung, Befunderhebung und Dokumentation** 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** _____

UNSER RECALL-SYSTEM

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für die professionelle Zahnreinigung bzw. den jährlichen Zahnarztbesuch? Der Recall würde wie gewohnt per Postkarte erfolgen. Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in: _____

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** _____