

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien und Ihrem Versicherungsstatus natürlich auch Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Eine gewissenhafte Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist für eine optimal angepasste und vor allem risikoarme zahnärztliche Behandlung von entscheidener Bedeutung. Sollte sich im Laufe der Zeit, in der Sie unser Patient sind, Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder anderer Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Telefonnummer: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil/Handy: _____

Beruf: _____ E-mail: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen an folgenden Organen?

Herz

- Zustand nach Herzinfarkt - Wann ? _____
- Herzmuskelentzündung / Angina pectoris
- Herzrhythmusstörungen
- Bypassoperation - Seit wann ? _____
- Herzschrittmacher
- Herzinsuffizienz / Herzschwäche
- Schlaganfall

Sonstige: _____

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck

Sonstige: _____

Blut

- Bluter
- Nehmen Sie blutgerinnende Medikamente ein ?

Sonstige: _____

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht (Hepatitis)
- Tuberkulose
- Herpes
- HIV bzw. AIDS

Sonstige: _____

Augenerkrankungen

- Grauer Star
- Grüner Star (Glaukom)

Sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung
- Wundheilungsstörung

Sonstige: _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Tumor-erkrankungen / -operationen
- Osteoporose
- Biphosphonate

Sonstige: _____

Atmungswege / Lunge

- Asthma
- COPD
- Tuberkulose

Sonstige: _____

Suchterkrankungen

- Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen?
- Trinken Sie mehrmals die Woche Alkohol ?

Sonstige: _____

**Um unsere Behandlungen bei Bedarf mit Ihrem Hausarzt abzustimmen, benötigen wir dessen Adressen:
Hausarzt:** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja, welche ?

Allergien

- Penicillin-Allergie
- Medikamenten-Allergie
- Heuschnupfen / Ekzeme
- Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber Materialien oder Medikamenten?

Falls ja, gegen welche?

- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen auf, nach zahnärztlichen Spritzen?

Selbsteinschätzung der Zahnbehandlungsangst. Bitte markieren:

0% |-----|100%

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

- Familie / Bekannte
- Internet, Telefonbuch, Auskunft
- Krankenkasse
- Überwiesen durch Dr. _____
- Notdienst

Mundhygiene

- Spucken Sie Blut nach dem Zähneputzen?
- Rauchen Sie ?
- Wünschen Sie sich eine professionelle Zahnreinigung (PZR) ?

Was sind ihre Wünsche an die Behandlung bei uns?

- Kontrolle / Beratung
- Ästhetik
- Schmerzfreiheit

Sonstige: _____

Wie alt ist Ihr letzter Zahnersatz?

Datenschutzaufklärung / Schweigepflicht:

In Einzelfällen kann es notwendig werden gebietsübergreifend mit anderen Ärzten oder Zahnärzten patientenbezogene Informationen auszutauschen. Sollte dies in meinem Fall notwendig sein, werde ich über diese Tatsache informiert. Mit einer notwendigen Weiterleitung meiner Informationen (z.B. Röntgenbilder) erkläre ich mich einverstanden und entbinde die Praxis diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Hinweis zur Praxisorganisation:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, was für Sie in der Regel kurze Wartezeiten gewährleistet. Um einen reibungslosen Ablauf sicherstellen zu können, bitten wir Sie, wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, uns möglichst rechtzeitig (spätestens 24h vorher) zu benachrichtigen, da sonst durch Annahmeverzug die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB Ihnen in Rechnung gestellt werden kann, sofern Sie ein Verschulden trifft.

Informationen zum Datenschutz nach EU-DSGVO:

Unser Unternehmen prüft regelmäßig bei Vertragsabschlüssen und in bestimmten Fällen, in denen ein berechtigtes Interesse vorliegt, auch bei Bestandskunden, Ihre Bonität. Dazu arbeiten wir mit der Creditreform Boniversum GmbH, Hammfelddamm 13, 41460 Neuss zusammen, von der wir die dazu benötigten Daten erhalten. Zu diesem Zweck übermitteln wir Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten an die Creditreform Boniversum GmbH. Die Informationen gem. Art. 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung zu der bei der Creditreform Boniversum GmbH stattfindenden Datenverarbeitung finden Sie hier: <https://www.boniversum.de/eu-dsgvo/informationen-nach-eu-dsgvo-fuer-verbraucher/>

Datum: **Unterschrift:**

Aufklärung – Leitungsanästhesie

Mögliche Komplikationen:

- Schmerzen nach Abklingen der Anästhesie
- Schwellung im anästhesierten Gebiet
- Bluterguss mit eingeschränkter Mundöffnung
- Entzündung der Einstichstelle
- Selbstverletzung durch Verbrennung/Wangenbisse, während die Anästhesie wirkt
- Allergische Reaktionen
- Dauerhafte Gefühlslosigkeit oder missempfinden im Anästhesiegebiet durch Nervverletzung

Verhaltensmaßnahmen:

- Keine Aufnahme von Speisen oder heißen Getränken, während die Betäubung wirkt
- Es besteht Fahruntüchtigkeit am Tag der Betäubung

Ich bin über die möglichen Komplikationen und Verhaltensmaßnahmen ausreichend informiert und willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ein.

Wesel, den Unterschrift