



Tel.:
Fax:
E-Mail:

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Patient:

Titel: weibl. männl. unbestimmt

Name:

Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.:

PLZ: Wohnort: Geburtsort:

Tel.(Festnetz):

Handy-Nr.: E-Mail:

Beruf:

Tel. dienstl.: Arbeitgeber:

> Ich möchte künftig per SMS an meinen Termin erinnert werden (keine Gebühr, die Daten werden nicht übermittelt!)

Ja Nein

Krankenkasse / Versicherung:

Nur für Privatpatienten:

Privat versichert - **nicht** im Basistarif

Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)

Beihilfeberechtigt

Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste

Hausarzt - Name:

Adresse:

Telefon:

Hauptversicherter:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.:

PLZ: Wohnort:

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

| | | |
|---------------------------------|----|------|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | Ja | Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | Ja | Nein |
| Herzpass | Ja | Nein |
| Frühere Herzmuskelentzündung | Ja | Nein |
| Herzkappenerkrankung/-defekt | Ja | Nein |
| Herzerkrankung | Ja | Nein |
| Herzoperation | Ja | Nein |
| Herzschrittmacher | Ja | Nein |

Infektionserkrankungen:

| | | |
|-------------|----|------|
| HIV | Ja | Nein |
| Hepatitis | Ja | Nein |
| Tuberkulose | Ja | Nein |

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

| | | |
|------------------|----|------|
| Lokalanästhetika | Ja | Nein |
| Schmerzmittel | Ja | Nein |
| Antibiotika | Ja | Nein |

andere:



Weitere Erkrankungen:

| | | |
|---------------------------------------------------|----|----------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | Ja | Nein |
| Frühere Krebserkrankung/ Bisphosphonattherapie | Ja | Nein |
| Asthma | Ja | Nein |
| Lungenerkrankung | Ja | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja | Nein |
| Rheuma | Ja | Nein |
| Epilepsie | Ja | Nein |
| Diabetes Typ A | Ja | Nein Medikamente: |
| Diabetes Typ B | Ja | Nein Medikamente: |
| Nierenfunktionsstörungen | Ja | Nein |
| Ohnmachtsneigung | Ja | Nein |

Andere:

Allgemeine Angaben:

| | | |
|-------------------------|----|-------------------------------------------------|
| Drogenkonsum | Ja | Nein |
| Alkoholgenuss | Ja | Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig |
| Raucher | Ja | Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag |
| Regelmäßige Medikamente | Ja | Nein Wenn ja, seit wann / Name: |



Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Sind Sie mit Ihrer Zahnpulpa zufrieden? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Außerdem bin ich im Bedarfsfall mit der Übermittlung von Röntgenbildern an einen weiterbehandelnden Zahnarzt oder Kieferchirurgen sowie der Daten an ein Dentallabor einverstanden.

Ja Nein

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

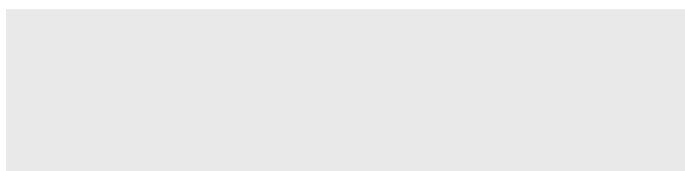
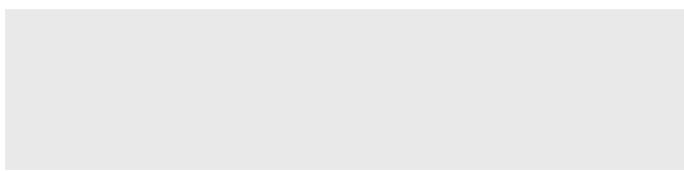
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Sind Sie bzw. Ihr Kind mit Fotografien (nicht Röntgenaufnahmen!) der Zähne zur Dokumentation einverstanden? Fotos können jeder Zeit gelöscht werden, Sie haben das Recht auf Widerruf der Einwilligung.

Ja Nein

Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.

Für die Richtigkeit der Angaben:





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsresultates durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen 3 bis 12 Monate betragen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche

Vorsorge-Untersuchung (wichtig für Zahnersatz-Bonus)

Prophylaxe, Mundhygiene

Zahnerhaltung

Parodontose-Therapie

Schienen-Therapie

Implantat-Versorgungen

Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres "Recall-Service" an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Im 6-Monats-Rhythmus

Im 12-Monats-Rhythmus